



QUALIDADE DE SONO DOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM  
POR TURNOS EM HOSPITAIS DA REGIÃO DE LISBOA:  
RELAÇÃO COM OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E  
STRESS

Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA IVONE PATRÃO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA IVONE PATRÃO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2011

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da  
Professora Doutora Ivone Patrão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário  
para obtenção do grau de Mestre na especialidade  
de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Ao longo destes meses de trabalho, foram vários os sentimentos que foram surgindo, uns positivos outro nem por isso, todavia nos momentos bons e nos menos bons a Professora Doutora Ivone Patrão proferiu de todas as vezes as palavras certas para cada momento, que me transmitiram alento e coragem para continuar, apesar de todas as vicissitudes que ocorreram durante este período de tempo. Por isso, gostaria de transmitir o meu sincero agradecimento à Professora pelas suas palavras sábias, pela sua disponibilidade, compreensão e incentivo.

Agradeço a todos aqueles que amavelmente participaram neste estudo, pois sem a sua colaboração não teria sido possível realizá-lo.

À Carolina e à Sofia, também finalistas do ISPA, agradeço pelos desabafos de fim de tarde que tão catárticos foram.

Gostaria ainda de agradecer todo o apoio incondicional dos meus pais, da minha irmã e do Pedro, que nos momentos de desânimo me incentivaram a continuar.

Agradeço também aos meus colegas de equipa (Ana, Vega, Catarina, Vera, Eduardo, Sónia e Marta) e aos restantes elementos do serviço de Pediatria, que quando o cansaço se acentuava, eles com a sua boa disposição, tornavam tudo menos difícil.

## **Resumo**

Na actualidade o trabalho por turnos é uma realidade, aspecto que tem repercussões psicológicas, fisiológicas e sociais, com impacto no que concerne à qualidade de sono. Os enfermeiros são um grupo profissional que trabalha frequentemente neste regime, indicando a literatura que pode prejudicar o próprio profissional, diminuir a qualidade dos cuidados e constituir uma ameaça para o utente. Encontrou-se ainda, uma ligação entre o trabalho por turnos e a prevalência de depressão, constatando-se que a dissincronização interna provocada pelo trabalho por turnos pode estar na base do aumento de prevalência de sintomas depressivos. Assim, considerou-se pertinente conhecer a relação entre a qualidade de sono e os níveis de depressão, ansiedade e stress dos enfermeiros que trabalham por turnos em hospitais da região de Lisboa.

A amostra incluiu 101 enfermeiros, seleccionados pela amostragem em bola de neve, tendose-lhes aplicado um instrumento de colheita de dados integrado pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e por dados sócio-demográficos. Os participantes eram maioritariamente mulheres, predominando o grupo etário dos 37-42 anos, tendo, na maioria, afirmado gostar de trabalhar por turnos.

Foi uma investigação de paradigma quantitativo e um tipo de estudo descritivo-correlacional, transversal.

Os resultados mostram que a qualidade de sono dos enfermeiros é má e que têm níveis de stress consideráveis. Encontrou-se uma correlação positiva fraca entre a qualidade de sono, a ansiedade e o stress. Perante o aumento dos níveis de ansiedade e de stress verifica-se uma redução da qualidade de sono.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho por turnos, Qualidade de sono, Stress, Ansiedade, Depressão.

## **Abstract**

At present, working in shifts is a reality, which implies repercussions on psychological, physiological and social state, where quality of sleep is concerned. Nurses are a professional body who frequently work in this mode. Studies indicate that this can harm the professional, decreases the quality of care and might cause a threat to the patient. It has also been found a link between the work in shifts and the increased prevalence of depression, proving that the internal dyssynchrony caused by working in shifts can be the core of increased prevalence of depressive symptoms. Therefore, it is imperative to know the relationship between the quality of sleep and the levels of depression, anxiety and stress amongst the nurses that work shifts in the hospitals of Lisbon.

The sample included 101 nurses, selected by the snowballing sampling, was applied to them an instrument for data collection integrated by the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Depression Anxiety Stress Scale (DASS -21) and socio-demographic data. The participants were mainly women, with ages from 27-42 years where the majority stated that enjoyed working in shifts.

It was a quantitative research and a sort of descriptive-correlational study.

The results show that the sleep quality of nurses is bad and that they have levels of anxiety and stress. Given the increased levels of anxiety and stress there is a diminish quality of sleep.

**KEY WORDS:** Shift Work, sleep quality, anxiety, stress, depression

## Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. MÉTODO	5
2.1. <i>Tipo de estudo</i>	5
2.2. <i>Amostra</i>	6
2.3. <i>Material</i>	10
2.4. <i>Procedimento</i>	13
3. RESULTADOS	16
3.1. <i>Índice de qualidade de sono</i>	16
3.2. <i>Associação do IQSP às variáveis sócio-demográficas</i>	18
3.3. <i>Escala de ansiedade depressão e stress</i>	20
3.4. <i>Associação da EADS às variáveis sócio-demográficas</i>	22
3.5. <i>Associação do IQSP com as sub-escalas da EADSs</i>	25
4. DISCUSSÃO	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO I – <u>Revisão Teórica dos Conceitos Chave</u>	35
ANEXO II – <u>Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh</u>	54
ANEXO III – <u>Escala de Ansiedade Depressão e Stress</u>	57
ANEXO IV – <u>Questionário Sócio-demográfico</u>	59
ANEXO V – <u>Pedido de Autorização para utilização de EADS-21</u>	62
ANEXO VI – <u>Pedido de Autorização para utilização de IQSP</u>	64
ANEXO VII – <u>Estatística</u>	66

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – <i>Distribuição da Amostra por Grupo Etário, Sexo, Estado Civil, Nº de Filhos e Grupo Etário dos Filhos (n=101)</i>	7
<b>Tabela 2</b> – <i>Distribuição da Amostra por Sector de Actividade, Tempo de Exercício em Turnos, Carga Horária Semanal e Gosto pelo Regime de Turnos (n=101)</i>	9
<b>Tabela 3</b> – <i>Distribuição da Amostra por Hábitos Tabágicos, Consumo de Álcool e Drogas, Doenças Crónicas e Acontecimentos de Vida Negativos (n=101)</i>	9
<b>Tabela 4</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pelo IQSP (n=101)</i>	16
<b>Tabela 5</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pelas componentes do IQSP (n=101)</i>	18
<b>Tabela 6</b> – <i>Exploração de associações do IQSP às variáveis sócio-demográficas (n=101, <math>\alpha = 0,05</math>)</i>	19
<b>Tabela 7</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala Depressão (n=101)</i>	20
<b>Tabela 8</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala Ansiedade (n=101)</i>	21
<b>Tabela 9</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala Stress (n=101)</i>	22
<b>Tabela 10</b> – <i>Exploração de associações da sub-escala depressão às variáveis sócio-demográficas (n=101, <math>\alpha = 0,05</math>)</i>	23
<b>Tabela 11</b> – <i>Exploração de associações da sub-escala ansiedade às variáveis sócio-demográficas (n=101, <math>\alpha = 0,05</math>)</i>	24
<b>Tabela 12</b> – <i>Exploração de associações da sub-escala stress às variáveis sócio-demográficas (n=101, <math>\alpha = 0,05</math>)</i>	25
<b>Tabela 13</b> – <i>Exploração de associações entre o IQSP e as sub-escalas da EADS. (n=101, <math>\alpha = 0,05</math>)</i>	26

## Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pelo IQSP (n=101)</i>	16
<b>Gráfico 2</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala depressão (n=101)</i>	20
<b>Gráfico 3</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala ansiedade (n=101)</i>	21
<b>Gráfico 4</b> – <i>Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala stress (n=101)</i>	22

## 1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde são necessários durante as 24 horas do dia, aspecto que obriga alguns profissionais de saúde a exercerem as suas funções num regime de horário rotativo, nomeadamente a classe profissional dos enfermeiros. Assim, através da evidência científica é possível verificar que o trabalho por turnos tem repercussões psicológicas, fisiológicas e sociais, o que é preocupante, na medida em que, da população em geral, os valores mais elevados de fadiga são encontrados precisamente nos profissionais de saúde, prejudicando o próprio profissional, ameaçando o utente e promovendo uma diminuição da qualidade dos cuidados (Fang, Kunaviktikul, Olson, Chontawan &, Kaewthummanukul, 2008).

Neste âmbito, Chan (2008), salienta que os enfermeiros que trabalham num regime de horário rotativo tendem a desenvolver distúrbios do sono. Para além disso, o facto de os enfermeiros trabalharem por turnos implica que estes tenham de dormir durante o dia, o que irá contribuir para que a qualidade de sono sofra um declínio, uma vez que o sono diurno é qualitativamente inferior ao sono nocturno (Rotenberg, Portela, Marcondes, Moreno, & Nascimento, 2001).

Nesta sequência, importa referir que o sono assume no quotidiano uma importância extrema para o equilíbrio homeostático e psicológico, aspecto reforçado por Paiva (2008), ao afirmar que o sono “é mais essencial à sobrevivência que comer e beber” (p. 17). De facto a saúde está relacionada com vários comportamentos e hábitos, nomeadamente com a boa qualidade de sono, pelo que se verifica que bons hábitos de sono contribuem para uma melhoria física e intelectual do organismo (Boscolo, Sacco, Antunes, Túlio de Melo, & Tufik, 2007).

O sono integra o ciclo circadiano, o qual é constituído por períodos alternados de sono e de vigília, cuja regulação ocorre através do núcleo supraquiasmático. Assim, o sono corresponde a um estado de repouso, caracterizado por uma suspensão da consciência, uma diminuição das actividades vitais, um aumento do relaxamento muscular, tal como um aumento da capacidade onírica (Stores, 2001, cit. por Seixas 2009).

Posto isto, foram vários os estudos realizados sobre o sono relacionando-o com o trabalho por turnos, efectivamente as investigações revelam que parece haver consequências



negativas do trabalho por turnos na qualidade de sono, verificando-se efeitos mais nefastos na mulher do que no homem, aspecto reforçado por Rotenberg, Portela, Marcondes, Moreno e Nascimento, (2001), ao terem realizado um estudo misto, cujo principal objectivo foi o de conhecer o impacto do trabalho nocturno, no qual contemplaram o factor género. Por sua vez, Seixas (2009), procurou analisar a qualidade de sono em adolescentes, tendo igualmente verificado que o sexo feminino apresentava uma pior qualidade de sono comparativamente com os adolescentes do sexo masculino. Assim, estes dois estudos revelam, no que concerne à qualidade de sono, que as mulheres estão em desvantagem, apresentando resultados piores do que os dos homens.

Em relação ao trabalho por turnos em enfermeiros, foi realizado um estudo longitudinal, em que se aplicou uma escala denominada por *Subjective Sleep Quality – SSQ* a enfermeiras do contexto hospitalar que praticavam esse tipo de horário, tendo constatado que havia uma associação entre o trabalho nocturno e a redução da qualidade de sono, assim como da sua duração (Zverev & Misiri, 2009).

Uma outra vertente posta em evidência em algumas investigações relaciona-se com o padrão de sono dos enfermeiros que praticam o horário rotativo, pelo que se verificou que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam predominantemente um sono fraccionado (Martino, 2002), por seu lado a qualidade e duração do sono fica prejudicada com a prática de turnos nocturnos (Silva & Martino, 2009). Um outro estudo comparativo menciona que o sono dos enfermeiros que trabalham por turnos, para além de ter menor qualidade é menos reparador, comparativamente com o sono de enfermeiros que trabalham em horário fixo (manhãs), para tal o autor aplicou uma bateria de questionários denominada por *Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos – EPTT* (Bastos, 2005).

Face ao exposto, para além do trabalho por turnos apresentar consequências no âmbito da qualidade de sono, em 1997 foi realizado um estudo piloto, através do qual foi estudada a ligação entre o trabalho por turnos e a prevalência de depressão. Os autores verificaram que efectivamente a depressão advém precisamente da dessincronização interna que o trabalho por turnos provoca (Scott, Monk &, Brink, 1997). Resultados idênticos foram encontrados em estudos posteriores, nomeadamente num estudo desenvolvido no Japão, cujo objectivo foi o de estudar a contribuição dos hábitos de sono diários na presença de sintomas depressivos e nas ausências por doença, em pessoas que trabalham por turnos, numa fábrica de equipamento eléctrico. Os resultados deste estudo evidenciaram que havia uma associação significativa entre as ausências de longa duração (cinco ou mais dias), sono nocturno pobre e elevados

sintomas depressivos (Nakata, Haratani, Takahashi, Kawakami, Arito, Kobayashi, Fujioka, Fukui & Araki, 2004).

Por sua vez, em 2008 Fang, Kunaviktikul, Olson, Chontawan e Kaewthummanukul, realizaram um estudo com enfermeiros chineses, debruçando-se sobre os factores preditores de fadiga nos enfermeiros que consituíram a amostra. Os autores verificaram que: o trabalho por turnos, as exigências do trabalho, a ansiedade, depressão e qualidade de sono eram factores que prediziam a fadiga crónica, pelo que sugeriram que fossem desenvolvidos estudos com enfermeiros com o intuito de se perceber a existência de uma relação entre a qualidade de sono, a ansiedade, a depressão e o stress.

De acordo com o “Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica: Prevalência, factores de risco, carga social e económica e utilização de serviços” (Cit. por Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010) Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população, aspecto que tem repercussões económicas graves, no que concerne aos custos nos tratamentos, os quais podem ser directos e indirectos. Quanto aos custos indirectos, verificou-se que uma melhoria na sintomatologia depressiva e a prevenção de recaídas contribui para um melhor funcionamento social e económico, o que tem, entre outros, representação no absentismo, comportamentos aditivos, um maior número de indivíduos com emprego durante um maior período de tempo e diminuição do uso de benefícios sociais (Pichot, 2005).

Por sua vez, o facto de estar alterado o bem-estar físico e psicológico dos enfermeiros tem implicações negativas na segurança do utente, pelo que é da responsabilidade das entidades gestoras contribuir para a redução de condições de trabalho adversas que possam gerar elevados níveis de stress e ansiedade, os quais podem originar distúrbios depressivos (Teng, Shang & Hsu, 2009).

Face ao exposto, definiu-se como objectivo geral:

- ***Conhecer a relação que existe entre a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress de enfermeiros que trabalham por turnos em hospitais da região de Lisboa.***

Como objectivos específicos definiram-se os que se seguem:

- Conhecer os níveis de ansiedade, depressão e stress de enfermeiros que trabalham por turnos;

- Conhecer a qualidade de sono de enfermeiros que trabalham por turnos;
- Conhecer a existência de uma relação entre a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress de enfermeiros que trabalham por turnos.
- Conhecer a presença de relações entre as variáveis clínicas e as variáveis sócio-demográficas.

Para um delineamento mais consistente do estudo procedeu-se à revisão teórica de conceitos relacionados com a temática em estudo (Anexo I).

## 2. MÉTODO

O método constitui uma etapa fundamental do processo de investigação, uma vez que remete para os procedimentos a utilizar para o estudo do fenómeno em causa. Deste modo, a escolha da metodologia é crucial para o desenvolvimento da investigação. Assim, consoante o paradigma o investigador recorre a diversas estratégias que lhe permitam dar resposta aos objectivos definidos (Fortin, 2009).

Posto isto, o significado etimológico de método remete para: caminho, procedimento numa direcção (Pais-Ribeiro, 2010), aspecto que se passa a abordar.

### 2.1. *Tipo de estudo*

O presente estudo classifica-se como sendo do tipo descritivo-correlacional, uma vez que, já existem escritos acerca do tema, há um quadro conceptual e teórico sobre o tema em estudo, visando este tipo de estudo descrever conceitos e explorar relações (Fortin, 2009).

Quanto à classificação do desenho de investigação em função do momento da recolha de dados, uma vez que esta ocorreu apenas num único momento, classificou-se como uma investigação transversal. Os desenhos transversais permitem descrever diferenças entre duas ou mais populações, pelo que as conclusões das correlações possibilitam que os investigadores façam predições (Shaughnesy, Zechmeister & Zechmeister, 2007). Em suma, para dar resposta aos objectivos propostos, classificou-se este estudo como sendo de paradigma quantitativo, do tipo descritivo-correlacional e transversal.

Classificaram-se como variáveis de atributo, as que se seguem: idade, sexo, estado civil, número e idade dos filhos, local onde exerce funções, tempo de exercício profissional, serviço onde exerce funções e tempo de exercício profissional em regime de turnos, carga horária por semana e por dia, tipo de vínculo de trabalho, hábitos tabágicos, étlicos e de consumo de drogas, presença de doença crónica, acontecimentos de vida negativos e gosto pelo trabalho por turnos.

Por sua vez, a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress foram classificadas como variáveis de investigação.

## 2.2. Amostra

Idealmente o investigador devia trabalhar com todos os elementos da população que pretende estudar, para que os dados pudessem ser indubitavelmente generalizados. Contudo na prática torna-se inviável abranger todos os sujeitos da *população teórica*, pelo que se recorre a um grupo mais restrito de elementos que estão acessíveis, os quais são designados por população do estudo (Marôco, 2010).

Assim, a população teórica deste estudo foram todos os enfermeiros de Portugal que trabalhavam num regime de trabalho por turnos. Por sua vez, a *população do estudo* remeteu para os enfermeiros que trabalham por turnos em hospitais da região de Lisboa.

Posto isto, os sujeitos da amostra foram seleccionados através de um método de *amostragem não probabilístico*, o que significa que se desconhece a probabilidade de um qualquer elemento ser incluído na amostra. Nesta sequência, apesar das desvantagens que são inerentes a este tipo de amostragem, por motivos de limitação de tempo, optou-se por uma *amostra de bola de neve*, que se inclui nas amostras de informantes estratégicos. Na amostra de bola de neve existem uns elementos que são informadores iniciais e que indicam eventuais novos participantes (Pais-Ribeiro, 2010).

Importa salientar que um dos critérios de inclusão dos participantes remeteu para o facto de estes terem de trabalhar num regime de turnos, por sua vez, não foram definidos critérios de exclusão da amostra. Assim, a dimensão da amostra do presente estudo foi de 101 sujeitos, em que a média de idades foi de 31 anos.

Através da Tabela 1 é possível observar que a grande maioria dos sujeitos (45,5%) pertence ao grupo etário dos 27-32 anos. Tratando-se de enfermeiros, como é habitual os sujeitos do sexo feminino estiveram presentes em maior número (82,2%). No que concerne ao estado civil 51,5% são solteiros, o que pode estar relacionado com o facto dos sujeitos da amostra serem maioritariamente jovens. Por sua vez, apenas 26,7% dos indivíduos tinham um ou mais filhos. Dos enfermeiros que têm filhos, as idades variam entre meses de idade até aos 29 anos, sendo que predominou o grupo etário dos filhos com 0-3 anos de idade (36,0%).

**Tabela 1** – Distribuição da Amostra por Grupo Etário, Sexo, Estado Civil, N° de Filhos e Grupo Etário dos Filhos (n=101).

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
<b>Grupo Etário (anos)</b>	21-26	27	26,7
	<b>27-32</b>	<b>46</b>	<b>45,5</b>
	33-38	17	16,8
	39-44	5	5,0
	>=45	6	5,9
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	<b>83</b>	<b>82,2</b>
	Masculino	18	17,8
<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro</b>	<b>52</b>	<b>51,5</b>
	Casado	34	33,7
	Divorciado	4	4,0
	União de Facto	11	10,9
<b>N° de Filhos</b>	<b>Sem Filhos</b>	<b>74</b>	<b>73,3</b>
	Com Filhos	27	26,7
<b>Grupo Etário dos Filhos (anos)</b>	<b>0 – 3</b>	<b>18</b>	<b>36,0</b>
	4 – 7	14	28,0
	8 -11	9	18,0
	12 – 15	2	4,0
	16 – 19	3	6,0
	>= 20	4	8,0

Quanto às variáveis relacionadas especificamente com o exercício profissional, a Tabela 2, mostra que a grande maioria dos participantes exerce funções no sector público (62,4%), há seis anos ou menos (55,4%) e trabalham por turnos há cinco anos ou menos (45,5%). Note-se que se observa esta diferença entre o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício em turnos, uma vez que nem todos os enfermeiros trabalharam durante todo o seu percurso profissional em regime de turnos.

No que respeita à carga horária semanal e por dia, verifica-se que sofre alterações de acordo com a instituição em que o enfermeiro trabalha e ainda consoante este acumule funções ou não. Assim, habitualmente um enfermeiro que faça ‘um horário’ deve cumprir entre 35 e 42 horas semanais. Por sua vez, aqueles que trabalham um horário, ou seja, 35 ou 42 horas semanais, ainda fazem mais ‘meio horário’, pelo que têm uma carga horária semanal sensivelmente de 52 a 63 horas. Verifica-se ainda a opção dos enfermeiros fazerem um horário ‘duplo’ ou ‘triplo’, o que se traduz numa carga horária semanal superior a 64 horas.

Face ao exposto, os enfermeiros que constituem a amostra apresentam uma carga horária semanal no mínimo de 35 horas e no máximo de 100 horas, sendo que maioritariamente realizam entre 35 e 42 horas semanais (63,4%). Trabalham em média 10,5 horas por dia, em que a maior parte trabalha 7 a 8 horas diárias (56,4%). Importa salientar que

73,3% dos sujeitos afirmam que gostavam de trabalhar em regime de turnos, o que indica que mesmo que este regime tenha sido imposto, a maior parte dos enfermeiros referem que gostam deste tipo de regime de horário de trabalho (Tabela 2).

O tipo de vínculo de trabalho que predomina é o contrato individual de trabalho (C.I.T.) sem termo (Tabela 2).

Por sua vez, os serviços onde os enfermeiros que pertencem à amostra exercem funções variam consideravelmente, sendo que a maior parte dos sujeitos pertence ao serviço de Pediatria (37), uma outra situação que se verifica pela leitura da Tabela 2, diz respeito ao facto de alguns dos enfermeiros exercerem funções em dois dos serviços.

Neste sentido, importa mencionar que tanto o serviço de Pediatria como o de Medicina e Cirurgia são serviços de internamento, não obstante constata-se que habitualmente os serviços de Pediatria praticam um rácio enfermeiro/utentes melhores do que os outros dois serviços. Quanto ao serviço de Urgência e Bloco de Partos verifica-se que são serviços em que as condições de trabalho nem sempre são as desejáveis, uma vez que se trata de serviços que em determinados períodos do dia podem ter uma grande afluência de utentes. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (U.C.I.N.) é um serviço que se distingue dos outros no que concerne ao rácio, pelo que cada enfermeiro pode ser responsável por 2 utentes, no entanto esses utentes têm necessidade de um grande número de cuidados, na medida em que estão em situação de descompensação clínica.

Para todos os serviços onde os enfermeiros da amostra exercem funções há uma constante, que remete para o facto de em todos eles ocorrerem períodos de grande tensão, relacionado com as especificidades de cada serviço.

**Tabela 2** – Distribuição da Amostra por Sector de Actividade, Tempo de Exercício em Turnos, Carga Horária Semanal, Tipo de Vínculo, Serviço onde Exerce Funções e Gosto pelo Regime de Turnos (n=101).

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
Sector de Actividade	Privado	25	24,8
	<b>Público</b>	<b>63</b>	<b>62,4</b>
	Privado e Público	13	12,9
Tempo de Exercício em Turnos (anos)	<b>1-5</b>	<b>46</b>	<b>45,5</b>
	6-10	30	29,7
	11-15	15	14,9
	>=16	10	9,9
Carga Horária Semanal (horas)	<b>35-42</b>	<b>64</b>	<b>63,4</b>
	43-63	21	20,8
	>=64	16	15,8
Tipo de Vínculo de Trabalho	<b>C.I.T. Sem Termo</b>	<b>91</b>	<b>90,1</b>
	Prestação De Serviços	1	1,0
	Ambos	9	8,9
Serviço onde exerce funções	<b>Pediatria</b>	<b>37</b>	<b>36,6</b>
	U.C.I.N.	13	12,9
	Urgência	11	10,9
	Medicina	20	19,6
	Cirurgia	2	2,0
	Bloco De Partos	9	8,9
	Acumulam Dois Serviços	9	8,9
Gosto pelo Regime de Turnos	<b>Sim</b>	<b>74</b>	<b>73,3</b>
	Não	27	26,7

Constatou-se, por sua vez, que 74,3% dos enfermeiros da amostra não têm hábitos tabágicos, a maior parte também não consome álcool, nem drogas (93,1%). No que concerne à presença de doenças crónicas, a grande maioria afirmou que não era portador de qualquer tipo de doença (86,1%) e maioritariamente referiram que não tiveram nenhum acontecimento de vida negativo (65,3%) (Tabela 3).

Note-se que dos sujeitos que indicaram que sofriam de uma doença crónica, na sua maioria referiram que sofriam de Asma e Hipertensão Arterial.

**Tabela 3** – Distribuição da Amostra por Hábitos Tabágicos, Consumo de Álcool e Drogas, Doenças Crónicas e Acontecimentos de Vida Negativos (n=101).

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
Hábitos Tabágicos	Sim	26	25,7
	<b>Não</b>	<b>75</b>	<b>74,3</b>
Consumo de Álcool e Drogas	Sim	7	6,9
	<b>Não</b>	<b>94</b>	<b>93,1</b>
Doenças Crónicas	Sim	14	13,9
	<b>Não</b>	<b>87</b>	<b>86,1</b>
Acontecimentos de Vida Negativos	Sim	35	34,7
	<b>Não</b>	<b>66</b>	<b>65,3</b>



### 2.3. *Material*

Considerando o objectivo geral que se definiu para o presente estudo, verificou-se que o instrumento sugerido pela literatura, como sendo um dos mais adequados, para avaliar a qualidade de sono era o *Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - IQSP*, cuja versão portuguesa para investigação foi desenvolvida por Ramalho em 2008 e a sua tradução para português foi realizada por Bertolazi também em 2008. Assim, foi necessário proceder aos respectivos pedidos de autorização aos autores das versões portuguesas da EADS-21 e do IQSP, cujas respostas foram afirmativas (Anexo II e III).

Este instrumento é de auto-preenchimento e permite aceder a uma avaliação subjectiva da qualidade de sono durante o último mês, através do índice de qualidade de sono (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989). Os autores do IQSP mencionam que este é constituído por 19 questões que integram 7 dimensões distintas: (1) Qualidade de sono, (2) Latência do sono, (3) Duração do sono, (4) Eficiência habitual do sono, (5) Distúrbios do sono, (6) Uso de medicação para dormir e (7) Sonolência diurna. Cada componente é medida através de uma escala tipo Lickert de quatro pontos: 0 – “Muito bom”; 1 – “Bom”; 2 – “Mau”; 3 – “Muito mau”.

Assim, os resultados inerentes à componente 1- Qualidade de sono, dizem respeito aos scores obtidos na questão 9. Por sua vez, para calcular a componente 2 - Latência do sono, procede-se à soma dos scores obtidos para as questões 2 e 5a, de seguida atribui-se uma determinada pontuação consoante a soma dos scores, pelo que:

- score 0 – 0 pontos;
- scores 1-2 – 1 ponto;
- scores 3-4 – 2 pontos;
- scores 5-6 – 3 pontos.

Para a componente 3 - Duração do sono, contempla-se os resultados da questão 4, pelo que se o sujeito refere dormir mais de 7 horas é atribuído um score 0; 6-7 horas – score 1; 5-6 horas – score 2 e menos de 5 horas atribuí-se um score de 3. A componente 4 - Eficiência habitual do sono é calculada através da fórmula que se segue:

$$[(\text{Horas de acordar} - \text{Horas de deitar}) / \text{Horas de sono por noite}] \times 100 = \text{Eficiência Habitual do sono \%}$$

Posteriormente atribuí-se uma pontuação mediante a percentagem obtida, ou seja:

- >85% - 0 pontos;
- 75-85% - 1 ponto;
- 65-74% - 2 pontos;

- < 65% - 3 pontos.

Relativamente à componente 5 – Distúrbios do sono, importa obter a soma dos scores das questões 5b – 5j, sendo que para a escala tipo Lickert de quatro pontos atribuí-se o valor 0 – “Nenhuma vez”; 1 – “Menos de uma vez por semana”; 2 – “Uma ou duas vezes por semana”; 3 – “Três vezes por semana ou mais”. Posteriormente procede-se à soma dos scores obtidos e atribuí-se determinada pontuação:

- Score 0: 0 pontos;
- Scores 1-9: 1 ponto;
- Scores 10-18: 2 pontos;
- Scores 19-27: 3 pontos.

A pontuação da componente 6 - Uso de medicação para dormir, corresponde ao score obtido para a questão 6, para a qual é utilizada uma escala tipo Lickert de quatro pontos idêntica à escala utilizada na questão 5.

Quanto à componente 7 - Sonolência diurna, procede-se à soma dos scores obtidos para as questões 7 e 8, para as quais é utilizada de igual modo uma escala tipo Lickert de quatro pontos, semelhante à escala utilizada nas questões 5 e 6. Posto isto, o Índice de Qualidade de Sono Global é calculado somando os valores obtidos para cada uma das componentes referidas, assim índices globais menores ou iguais a 5 indicam uma boa qualidade de sono, enquanto resultados superiores a 5 revelam uma má qualidade de sono, a pontuação máxima é de 21 pontos, sendo que quanto maior é a pontuação, pior é a qualidade de sono.

Em relação às propriedades psicométricas, verifica-se que Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989), ao aplicarem pela primeira vez este instrumento obtiveram um valor de alpha de Cronbach muito satisfatório, o qual foi de 0,83, pelo que se constata que é um instrumento com grande fiabilidade. Por sua vez, a versão que Ramalho apresentou em 2008, obteve uma consistência interna menos elevada, na medida em que o alpha de Cronbach foi de 0,66.

Não obstante, trata-se de um instrumento de medida de aplicação rápida, fidedigno, adequado para populações clínicas e não clínicas, assim como para faixas etárias distintas (dos 6 aos 90 anos de idade) (Escobar-Córdoba & Eslava-Schmalbach, 2005).

Para cada uma das escalas utilizadas no presente estudo foi calculado o alpha de cronbach que permite conhecer “(...) a ‘consistência interna’ avalia a consistência com que

um determinado conjunto de itens de medida estima um determinado constructo ou dimensão latente” (Marôco & Garcia-Marques, 2006, p.70).

Por sua vez, foi avaliado o alpha de Cronbach relativo ao IQSP o qual foi de 0,66 (Anexo VII), valor que é considerado pela literatura como indicativo de uma fiabilidade baixa, mas ainda assim aceitável (Murphy & Davidsholder, 1988, p. 89, cit. por Marôco & Garcia-Marques, 2006). É de realçar que o valor de consistência interna obtido para o presente estudo se sobrepõe à que Ramalho apresentou em 2008.

No que concerne à mensuração dos níveis de ansiedade, depressão e stress, optou-se pela *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21*, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Este instrumento avalia três dimensões: ansiedade, depressão e stress, é constituída por 21 itens, cuja escala de medida é do tipo lickert de quatro pontos: 0 – “Não se aplicou nada a mim”; 1 – “Aplicou-se a mim algumas vezes”; 2 – “Aplicou-se a mim de muitas vezes”; 3 – “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Para cada sub-escala o score mínimo é de zero e o máximo de 21, os resultados mais elevados para cada sub-escala remetem para estados afectivos mais negativos.

Cada dimensão avaliada é constituída por sete itens, em que as afirmações que remetem para a Depressão são as que se seguem: 13 (disforia), 10 (desânimo), 21 (desvalorização da vida), 17 (auto-depreciação), 3 (anedonia), 16 (falta de interesse), 5 (inércia).

Por sua vez, os itens que avaliam a dimensão Ansiedade são: 2, 4 e 19 (Excitação do Sistema Autónomo), 7 (Efeitos Músculo Esqueléticos), 9 (Ansiedade Situacional), 15 e 20 (Experiências Subjectivas de Ansiedade).

Por fim, a dimensão Stress é avaliada pelos seguintes itens: 1 e 12 (Dificuldade em Relaxar), 8 (Excitação Nervosa), 18 (Facilmente Agitado/Chateado), 6 e 11 (Irritável/Reacção Exagerada), 14 (Impaciência).

Face ao exposto, conclui-se que o score máximo que é possível obter para cada sub-escala é de 21.

Com o intuito de simplificar a exposição dos resultados e a exploração de associações com outras variáveis procedeu-se ao cálculo de intervalos de classe, tornando-se possível converter esta variável quantitativa em ordinal. Assim, foram criados quatro intervalos de classe para cada sub-escala, pelo que: scores 0-5 “não se aplicou nada a mim”, scores 6-10 “aplicou-se a mim algumas vezes”, scores 11-15 “aplicou-se a mim de muitas vezes” e 16-21 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Relativamente à consistência interna deste instrumento, os autores da sua tradução e validação para a população portuguesa (n=200) verificaram que para a escala de Depressão o alpha de Cronbach é de 0,85, para a de Ansiedade é de 0,74 e para a de Stress é de 0,81.

No que respeita ao presente estudo, o alpha de Cronbach global que se obteve para a EADS-21 foi de 0,9 (Anexo VII), o que remete para uma fiabilidade moderada a elevada (Murphy & Davidsholder, 1988, p. 89, cit. por Marôco & Garcia-Marques, 2006). Por sua vez, a dimensão depressão obteve um valor de consistência interna de 0,79, a de Ansiedade de 0,74 e a de Stress 0,87.

Na parte final do instrumento encontra-se o questionário sócio-demográfico e profissional (Anexo IV), onde estão incluídas as questões relativas a dados sócio-demográficos, estes dados são questionados apenas no final do instrumento, uma vez que, a literatura defende que estas questões devem surgir no fim do instrumento de colheita de dados para que de início o sujeito possa estar motivado para dar resposta precisamente à variável em estudo (Shaughnesy, Zechmeister & Zechmeister, 2007).

#### 2.4. *Procedimento*

Na presente secção serão abordados os aspectos inerentes ao procedimento relativo à revisão de literatura, processo de colheita de dados e respectivo tratamento estatístico.

Numa primeira instância procedeu-se à pesquisa na base de dados EBSCO, tendo sido introduzida inicialmente a palavra-chave “sleep quality”, posteriormente foram ainda encontradas as palavras-chave “sleep deprivation”, “shift work”, “depressive symptoms”, “burnout+nurses” e “anxiety+nurses”. Deste modo, foram seleccionadas as diferentes bases PsycINFO, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Academic Search Complete. Limitou-se a pesquisa para texto completo, ano de publicação 2005-2010, a procura teve lugar no campo “title”. Recorrendo às palavras-chave acima mencionadas, realizou-se ainda pesquisa no RCAAP, tendo sido limitada a “artigos”, “Dissertações de mestrado” e “Teses de douturamento”, cujo ano de publicação foi de 2006-2010. Foi utilizada ainda a base de dados SCIELO, sendo de salientar que não foi limitado o ano de publicação.

No que concerne ao procedimento de colheita de dados, considerando o objectivo geral definido para a presente investigação, a estratégia de colheita de dados que se considerou que era a mais adequada, consistiu na aplicação de questionários integrados na

categoria de ‘Testes de Realização’, que dizem respeito a todos os testes que são distribuídos pelos participantes, que os preenchem o melhor que sabem (Pais-Ribeiro, 2010).

Assim, foi necessário proceder aos respectivos pedidos de autorização aos autores das versões portuguesas da EADS-21 e do IQSP, cujas respostas foram afirmativas (Anexo V e VII).

Após a conclusão do instrumento de colheita de dados, procedeu-se ao pré-teste com o intuito de verificar eventuais fragilidades que o instrumento pudesse apresentar. Assim, foi efectuada a sua aplicação a uma parte reduzida da amostra (15 sujeitos), tendo-lhes sido pedido que formulassem críticas e sugestões. Importa mencionar que não resultaram alterações importantes no instrumento, pelo que não houve necessidade de proceder a um segundo pré-teste.

Nesta sequência, contemplando o tipo de amostragem, aplicou-se o instrumento de colheita de dados, de 2 de Janeiro a 10 de Março de 2011 a 135 enfermeiros, dos quais resultaram 102 questionários devolvidos, contudo um dos questionários não foi considerado como válido, na medida em que o participante não respondeu ao questionário na sua totalidade. Assim, a percentagem de respondentes foi de 76%.

Note-se que o instrumento foi entregue em contexto hospitalar, em envelope, o sujeito preenchia-o e de seguida encerrava o envelope. Através desta medida pretendeu-se manter o anonimato dos sujeitos. Importa mencionar que os participantes preencheram o questionário no momento em que tiveram disponibilidade para tal, foi previamente estipulado um prazo de devolução de três dias a partir do momento em que foram distribuídos os questionários, contudo o prazo preconizado nem sempre se verificou, pelo que os questionários foram devolvidos na sua maioria cerca de 3 semanas após terem sido entregues.

Por fim, relativamente ao tratamento estatístico foi utilizado o programa estatístico PASW (2010), tendo-se começado por criar uma base de dados da qual resultou uma matriz de dados brutos. Posteriormente procedeu-se à análise descritiva recorrendo a distribuições de frequências, a medidas de dispersão e medidas de tendência central, de acordo com a pertinência e com o tipo de variável (Marôco, 2010).

No âmbito da estatística inferencial procurou-se verificar os pressupostos inerentes à utilização de testes paramétricos, que são mais potentes do que os não paramétricos (Marôco, 2010). Deste modo, com o intuito de estudar a normalidade recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov. Verificou-se que o *p-value* obtido para todas as variáveis em estudo foi inferior ou igual a  $\alpha = 0,05$  concluindo-se que nenhuma das variáveis para esta amostra segue uma

distribuição normal. Nesta sequência, foi desnecessário proceder ao teste de Levene para explorar a homogeneidade das variâncias, isto porque não se verificou um dos pressupostos.

Assim, utilizou-se o teste do Qui-quadrado, que consiste num teste paramétrico que permite explorar associações entre variáveis, cujos pressupostos são os que se seguem: “ $N > 20$ ; todos os  $E_{ij}$  sejam superiores a 1 e que pelo menos 80% dos  $E_{ij}$  sejam superiores ou iguais a 5” (Marôco, 2010, p,117).

Quando as condições atrás referidas não se verificaram, recorreu-se à alternativa não paramétrica que corresponde ao teste exacto de Fischer, sendo que um  $p$ -value inferior ou igual a  $\alpha = 0,05$  indica a existência de associação. Sempre que se constatou que existia associação entre variáveis procedeu-se ao cálculo de coeficiente de correlação de Spearman para explorar a força e direcção da relação, cujo valor era significativo quando o  $p$ -value fosse inferior a  $\alpha = 0,05$  (Marôco, 2010). Deste modo, um coeficiente zero indica ausência de correlação, um valor de 0,10 revela correlação fraca, 0,50 denota uma correlação moderada, trata-se de uma correlação forte quando  $r^2$  é de 0,95 e a correlação é perfeita quando se obtém um coeficiente de 1 (Lewin, 1987).

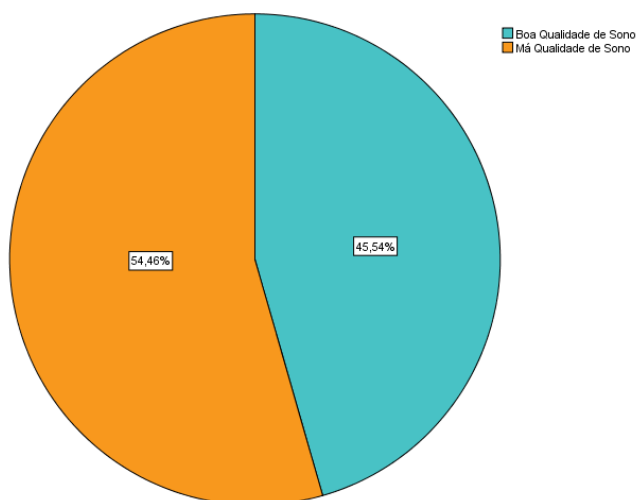
### 3. RESULTADOS

O capítulo dos resultados visa dar a conhecer os dados que foram obtidos, numa primeira instância procedeu-se à análise descritiva dos mesmos, salientando os mais relevantes. Posteriormente procurou-se analisar as correlações entre variáveis.

#### 3.1. *Índice de qualidade de sono*

No que respeita ao Índice de Qualidade de Sono dos enfermeiros, observa-se através do Gráfico 1, que a grande maioria dos profissionais (54,5%) obteve um índice de qualidade de sono superior a 5 o que significa que a qualidade de sono desses enfermeiros é má. Importa salientar ainda que o score máximo obtido para a amostra em estudo foi de 14, por sua vez o valor mínimo foi de zero, a média foi de 6,3 e o desvio padrão de 3,1.

**Gráfico 1** – Distribuição dos enfermeiros pelo IQSP (n=101).



**Tabela 4** – Distribuição dos enfermeiros pelo IQSP (n=101).

IQSP	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
Boa qualidade de sono ( $\leq 5$ )	46	45,5
Má qualidade de sono ( $> 5$ )	55	54,5
Total	101	100,0

Por sua vez, conforme já foi referido anteriormente o IQSP resulta da soma dos scores obtidos para cada uma das sete componentes, assim a Tabela 5 mostra para cada uma das componentes a frequência absoluta e a percentagem obtida para a escala de 4 pontos, cujo significado varia consoante a componente a que nos referimos (Vêr Sub-capítulo 2.3.).

Deste modo, para a componente qualidade de sono (C1) observa-se que a maior parte dos sujeitos da amostra (59,4%) classificou a sua qualidade de sono com sendo “boa”. Para a componente latência do sono (C2) a maioria dos sujeitos (39,6%) demora mais de 15 minutos para adormecer pelo menos uma vez por semana. No âmbito da duração do sono (C3) 45,5% indicou dormir por noite 6-7 horas. Relativamente à eficiência habitual do sono (C4) a grande maioria dos enfermeiros da amostra revelou uma eficiência superior a 85%, aspecto que é positivo. Quanto aos distúrbios do sono (C5) predomina (65,3%) a pontuação 1, que remete para distúrbios que ocorrem menos de uma vez por semana. No que concerne ao consumo de medicamentos (C6), apenas 13 sujeitos da amostra (12,8%) afirmaram recorrer a medicamentos para dormir, os quais se inserem no grupo farmacológico das benzodiazepinas (Diazepam, Bromazepam). Relativamente à sonolência diurna (C7) a maior parte dos sujeitos (49,5%) da amostra situa-se no ponto 1 que significa “menos de uma vez por semana”.



**Tabela 5** – Distribuição dos enfermeiros pelas componentes do IQSP (n=101).

Componentes do IQSP	Pontuação	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
<i>C1 Qualidade de Sono</i>	0	6	5,9
	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>59,4</b>
	2	29	28,7
	3	6	5,9
<i>C2 Latência do Sono</i>	0	32	31,7
	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>39,6</b>
	2	18	17,8
	3	11	10,9
<i>C3 Duração do Sono</i>	0	38	37,6
	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>45,5</b>
	2	15	14,9
	3	2	2,0
<i>C4 Eficiência Habitual do Sono</i>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>67,3</b>
	1	20	19,8
	2	6	5,9
	3	7	6,9
<i>C5 Distúrbios do Sono</i>	0	9	8,9
	<b>1</b>	<b>66</b>	<b>65,3</b>
	2	26	25,7
	3	0	0,0
<i>C6 Uso de Medicação para Dormir</i>	<b>0</b>	<b>89</b>	<b>87,3</b>
	1	7	6,9
	2	2	2,0
	3	4	3,9
<i>C7 Sonolência Diurna</i>	0	21	20,8
	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>49,5</b>
	2	26	25,7
	3	4	4,0

### 3.2. Associação do IQSP às variáveis sócio-demográficas

No presente sub-capítulo serão exploradas as possibilidades de associação do IQSP com as variáveis sócio-demográficas dos enfermeiros que integram a amostra.

Assim, a Tabela 6 evidencia que, parece que a variável qualidade de sono está associada às variáveis: hábitos tabágicos, sentimento ao acordar e acontecimentos de vida negativos.

Quanto à variável hábitos tabágicos, obteve-se um coeficiente de correlação de Spearman ( $r^2 = -0,169$ ) cujo valor não é estatisticamente significativo ( $p\text{-value} = 0,091 > \alpha = 0,05$ ).

Por sua vez, no que respeita à associação entre a qualidade de sono e os sentimentos ao acordar, através do coeficiente de correlação de Spearman ( $r^2 = -0,334$ ;  $p\text{-value} = 0,001 < \alpha = 0,05$ ) verifica-se que estas duas variáveis estão relacionadas de forma negativa, sendo esta relação fraca. Não obstante, constata-se que para os sujeitos da amostra parece que perante o aumento do IQSP, tendem a acordar cansados, isto é, quando a qualidade de sono piora o sentimento ao acordar é de cansaço.

Relativamente à variável acontecimentos de vida negativos, denota-se a partir do coeficiente de correlação de Spearman ( $r^2 = -0,266$ ;  $p\text{-value} = 0,007 < \alpha = 0,05$ ) que esta variável se relaciona de modo negativo com a qualidade de sono, tratando-se de uma relação fraca. Face ao exposto, para os enfermeiros que integraram a amostra perante acontecimentos de vida negativos parece que o IQSP aumenta, pelo que se pode afirmar que a qualidade de sono diminui.

**Tabela 6** – Exploração de associações do IQSP às variáveis sócio-demográficas ( $n=101$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

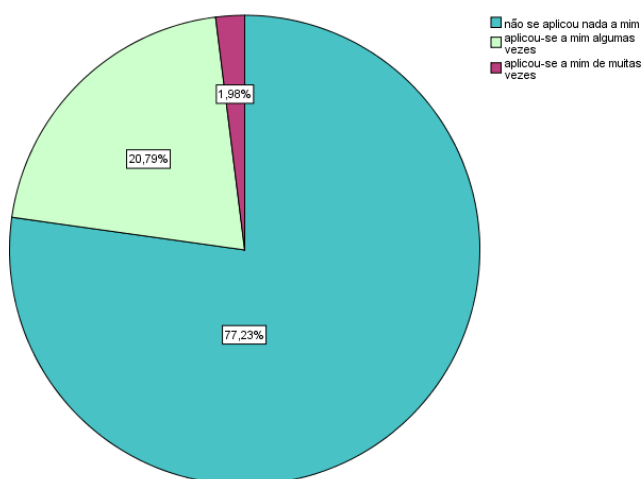
Variáveis sócio-demográficas	$\chi^2$ (Teste Qui-quadrado)	Estatística de teste (Teste exacto de Fisher)	$p\text{-value}$
Idade	--	4,568	0,350
Sexo	0,175	--	0,675
Estado civil	--	3,833	0,295
Nº Filhos	0,005	--	0,942
Sector de actividade	0,093	--	0,954
Tempo de exercício em turnos	3,811	--	0,283
Serviço onde exerce funções	--	3,761	0,743
Carga horária semanal	0,191	--	0,909
Gosto pelo regime de turnos	0,591	--	0,442
Tipo de vínculo de trabalho	--	2,965	0,178
Hábitos tabágicos	<b>4,895</b>	--	<b>0,027</b>
Consumo de álcool e drogas	--	--	--
Doenças crónicas	1,888	--	0,169
Sentimento ao acordar	<b>6,553</b>	--	<b>0,010</b>
Acontecimentos de vida negativos	<b>4,303</b>	--	<b>0,038</b>

### 3.3. Escala de ansiedade depressão e stress

Como já foi referido anteriormente nem todos os itens remetem para os três aspectos avaliados pela EADS, pelo que para cada sub-escala ansiedade, depressão e stress correspondem sete itens, assim o score máximo para cada sub-escala é de 21. Deste modo, o score máximo obtido para a sub-escala ansiedade e depressão foi de 11, na sub-escala de stress verificou-se um score máximo de 18.

O Gráfico 2 e a Tabela 7, mostram que na sub-escala depressão apenas aproximadamente 2% dos sujeitos se enquadra no intervalo de classe “aplicou-se a mim de muitas vezes”, os restantes sujeitos da amostra (98%) obtiveram um score para esta sub-escala inferior a 10, o que permite concluir que os enfermeiros da amostra não revelam scores que indiquem sinais significativos de depressão.

**Gráfico 2** – Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala depressão (n=101).



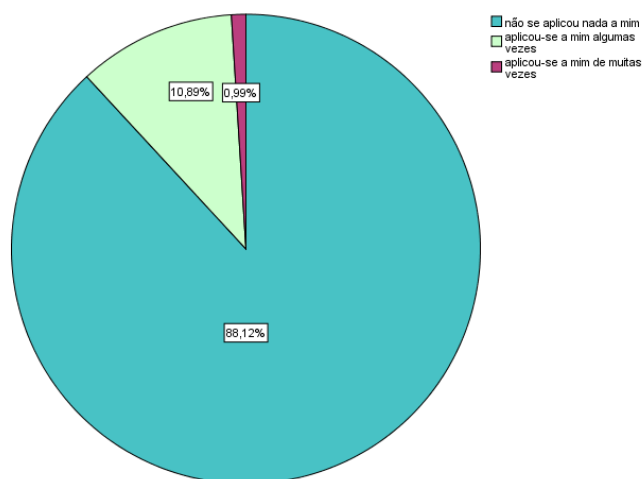
**Tabela 7** – Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala Depressão (n=101)

Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
“Não se aplicou nada a mim” (0-5)	78	77,2
“Aplicou-se a mim algumas vezes” (6-10)	21	20,8
“Aplicou-se a mim muitas vezes” (11-15)	2	2,0
Total	101	100,0

Quanto à sub-escala ansiedade, a maior parte dos sujeitos da amostra (88%) obteve para esta um score que diz respeito ao ponto “não se aplicou nada a mim”. Por sua vez,

verificou-se que apenas uma pequena minoria ( $\approx 1\%$ ) obteve scores correspondentes ao intervalo “aplicou-se a mim de muitas vezes” (Gráfico 3 e Tabela 8).

**Gráfico 3** – Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala ansiedade ( $n=101$ ).



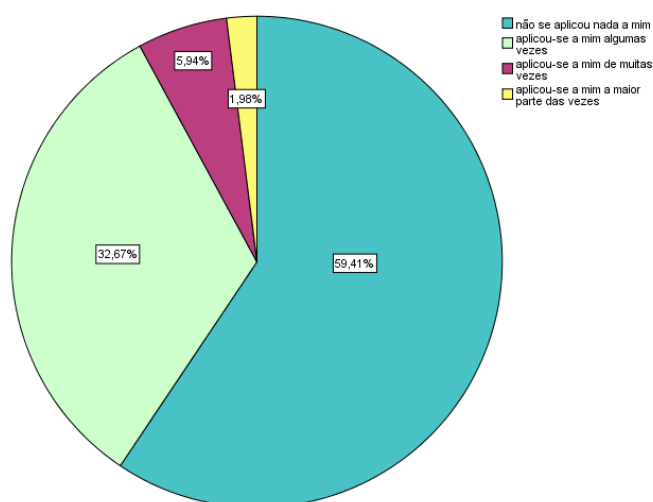
**Tabela 8** – Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala Ansiedade ( $n=101$ )

Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
“Não se aplicou nada a mim” (0-5)	89	86,1
“Aplicou-se a mim algumas vezes” (6-10)	11	10,9
“Aplicou-se a mim muitas vezes” (11-15)	1	1,0
Total	101	100,0

Para a sub-escala stress, o cenário é relativamente diferente ao observado para as duas sub-escalas anteriores, nesta verificou-se que aproximadamente 2% dos enfermeiros da amostra obtiveram scores para esta sub-escala que se enquandram no intervalo “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, aspecto que não estava presente para as outras sub-escalas. Por sua vez, 59% dos sujeitos obteve scores que correspondem ao intervalo “não se aplicou nada a mim” (Gráfico 4 e Tabela 9).

Assim, ao serem comparados os gráficos 2, 3 e 4 é possível observar que os scores mais elevados foram obtidos para a sub-escala stress e para além disso a percentagem de sujeitos que obteve scores mais elevados para esta sub-escala é maior comparativamente com as outras duas. Deste modo, parece haver evidências que indicam que os enfermeiros da amostra revelam níveis consideráveis de stress, em detrimento da ansiedade e da depressão.

**Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala stress (n=101).**



**Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros pela sub-escala Stress (n=101)**

Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
“Não se aplicou nada a mim” (0-5)	60	59,4
“Aplicou-se a mim algumas vezes” (6-10)	33	32,7
“Aplicou-se a mim muitas vezes” (11-15)	6	5,9
“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (16-21)	2	2,0
Total	101	100,0

### 3.4. Associação da EADS às variáveis sócio-demográficas

Após a apresentação descritiva dos dados relativos à EADS, importa explorar eventuais associações com as variáveis sócio-demográficas. Assim, com o intuito de simplificar e tornar mais clara a exposição dos resultados foram construídas três tabelas referentes a cada sub-escala, onde estão evidentes os valores estatísticos que possibilitam perceber a existência de eventuais associações.

Através da Tabela 10, observa-se que foi encontrada associação entre a sub-escala depressão e a variável acontecimentos de vida negativos, pelo que se procedeu ao cálculo do coeficiente de Spearman, tendo sido obtido um coeficiente de -0,367, cujo valor é estatisticamente significativo ( $p\text{-value} = 0,001 < \alpha = 0,05$ ).

Posto isto, para a amostra em estudo, a sub-escala depressão parece estar correlacionada de forma negativa à variável acontecimentos de vida negativos, apesar da força

desta ser fraca. Deste modo, constata-se que aparentemente quando surgem acontecimentos de vida negativos o score para a sub-escala depressão aumenta.

**Tabela 10** – Exploração de associações da sub-escala depressão às variáveis sócio-demográficas ( $n=101$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

Variáveis sócio-demográficas	Estatística de teste (Teste exacto de Fisher)	<i>p-value</i>	Coefficiente de correlação de Spearman ( $r^2$ )
Idade	12,088	0,088	--
Sexo	2,211	0,317	--
Estado civil	4,900	0,592	--
Nº Filhos	1,072	0,677	--
Sector de actividade	3,509	0,435	--
Tempo de exercício em turnos	7,524	0,208	--
Serviço onde exerce funções	13,171	0,329	--
Carga horária semanal	4,276	0,337	--
Gosto pelo regime de turnos	1,105	0,604	--
Tipo de vínculo de trabalho	3,134	1,000	--
Hábitos tabágicos	2,316	0,268	--
Consumo de álcool e drogas	0,646	1,000	--
Doenças crónicas	2,348	0,388	--
Sentimento ao acordar	4,610	0,069	--
Acontecimentos de vida negativos	<b>9,063</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,367 (<math>p = 0,001</math>)</b>

No que concerne à sub-escala ansiedade a Tabela 11 mostra que a ansiedade está associada à variável doenças crónicas. Calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman cujo valor foi de -0,173, porém este valor não é estatisticamente significativo (*p-value* encontrado foi de  $0,083 > \alpha = 0,05$ ).

**Tabela 11** – Exploração de associações da sub-escala ansiedade às variáveis sócio-demográficas ( $n=101$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

Variáveis sócio-demográficas	Estatística de teste (Teste exacto de Fisher)	<i>p-value</i>	Coefficiente de correlação de Spearman ( $r^2$ )
Idade	9,987	0,250	--
Sexo	0,892	0,738	--
Estado civil	9,326	0,139	--
Nº Filhos	0,701	0,797	--
Sector de actividade	3,085	0,647	--
Tempo de exercício em turnos	5,283	0,566	--
Serviço onde exerce funções	11,828	0,692	--
Carga horária semanal	2,818	0,664	--
Gosto pelo regime de turnos	2,696	0,235	--
Tipo de vínculo de trabalho	4,613	1,000	--
Hábitos tabágicos	1,279	0,605	--
Consumo de álcool e drogas	1,515	0,604	--
Doenças crónicas	<b>13,024</b>	<b>0,002</b>	-0,173 ( $p = 0,083$ )
Sentimento ao acordar	1,229	0,707	--
Acontecimentos de vida negativos	4,076	0,122	--

Por sua vez, a Tabela 12 evidencia que foram encontradas associações entre a variável stress e as variáveis carga horária semanal, sentimento ao acordar e acontecimentos de vida negativos.

Assim, no âmbito da variável carga horária semanal obteve-se um coeficiente de correlação de Spearman de -0,259. Deste modo, parece que para a amostra em estudo a sub-escala stress se correlaciona com a carga horária semanal de modo negativo, esta relação é fraca. O facto de esta relação ser negativa significa que, curiosamente o stress diminui quando a carga horária aumenta.

No que respeita à associação entre a sub-escala stress e a variável sentimento ao acordar, através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se que estas duas variáveis se relacionam de forma negativa e com uma intensidade fraca ( $r^2 = -0,352$ ,  $p\text{-value} = 0,005 < \alpha = 0,05$ ). Face ao exposto, constata-se que aparentemente para os enfermeiros da amostra quando os scores para a sub-escala stress aumentam estes acordam cansados e vice-versa.

Quanto à variável acontecimentos de vida negativos obteve-se um coeficiente de correlação de Spearman de -0,369, valor que é estatisticamente significativo ( $p\text{-value} = 0,001$

$< \alpha = 0,05$ ). Trata-se de uma relação negativa de intensidade fraca, pelo que para a amostra em estudo aparentemente quando se verificam acontecimentos de vida negativos o score para a sub-escala stress aumenta.

**Tabela 12** – Exploração de associações da sub-escala stress às variáveis sócio-demográficas ( $n=101$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

Variáveis sócio-demográficas	Estatística de teste (Teste exacto de Fisher)	<i>p-value</i>	Coefficiente de correlação de Spearman ( $r^2$ )
Idade	10,281	0,581	--
Sexo	1,552	0,752	--
Estado civil	7,117	0,648	--
Nº Filhos	2,668	0,412	--
Sector de actividade	10,292	0,067	--
Tempo de exercício em turnos	8,790	0,369	--
Serviço onde exerce funções	22,442	0,113	--
Carga horária semanal	<b>10,980</b>	<b>0,043</b>	<b>-0,259 (<math>p = 0,009</math>)</b>
Gosto pelo regime de turnos	5,044	0,160	--
Tipo de vínculo de trabalho	5,684	0,756	--
Hábitos tabágicos	4,307	0,189	--
Consumo de álcool e drogas	5,344	0,137	--
Doenças crónicas	5,340	0,115	--
Sentimento ao acordar	<b>12,578</b>	<b>0,003</b>	<b>- 0,352 (<math>p = 0,005</math>)</b>
Acontecimentos de vida negativos	<b>13,136</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,369 (<math>p = 0,001</math>)</b>

### 3.5. Associação do IQSP com as sub-escalas da EADS

Observa-se através da Tabela 13, que a variável qualidade de sono está associada às variáveis ansiedade e stress. Nesta sequência, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a direcção e intensidade da relação entre o IQSP e a sub-escala ansiedade, tendo sido obtido um valor de 0,334 o qual é estatisticamente significativo ( $p\text{-value} = 0,001 < \alpha = 0,05$ ). Posto isto, constata-se que para os enfermeiros que integraram a amostra, quando o score para a sub-escala ansiedade aumenta também aumenta o score para o IQSP, pelo que para um aumento dos níveis de ansiedade denota uma diminuição na qualidade de sono, uma vez que o score de IQSP aumenta, é de notar que esta relação é fraca.

No que respeita à variável stress constatou-se a partir do coeficiente de correlação de Spearman ( $r^2=0,434$ ;  $p\text{-value} = 0,001 < \alpha = 0,05$ ) que esta variável se relaciona com a



qualidade de sono de modo positivo, sendo esta relação fraca. Para os sujeitos da amostra, aparentemente, quando os níveis de stress aumentam também aumenta o IQSP, ou seja para um aumento do stress verifica-se uma pior qualidade de sono.

**Tabela 13** – Exploração de associações entre o IQSP e as sub-escalas da EADS. ( $n=101$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

Sub-escalas	Teste exacto de Fischer	<i>p-value</i>	Coefficiente de correlação de Spearman ( $r^2$ )
Depressão	3,277	0,150	--
Ansiedade	7,771	0,014	0,334 ( $p = 0,001$ )
Stress	10.412	0,007	0,434 ( $p = 0,001$ )

#### 4. DISCUSSÃO

No presente estudo foi utilizada uma amostra transversal de 101 enfermeiros que exerciam a sua actividade profissional em regime de turnos, aos quais foi aplicado um questionário que visava avaliar a qualidade de sono dos sujeitos (IQSP), para além disso aplicou-se a Escala de Ansiedade Depressão e Stress. Assim, o principal objectivo deste estudo foi o de explorar eventuais relações entre a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress dos enfermeiros que praticam um horário em regime de turnos.

Face ao exposto, no âmbito da qualidade de sono verificou-se que a maior parte dos sujeitos da amostra revelou uma qualidade de sono má, aspecto que vai ao encontro do que a literatura evidencia, tendo sido observado noutros estudos que efectivamente o trabalho por turnos gera uma diminuição na qualidade de sono dos profissionais (Rotenberg et al, 2001), por sua vez o trabalho por turnos contribui para que os profissionais de saúde tenham uma maior predisposição para o desenvolvimento de distúrbios do padrão de sono (Chan, 2008).

Para além disso, através da análise descritiva dos dados relativos à EADS constatou-se que os scores mais elevados foram obtidos para a sub-escala stress, mostrando que os enfermeiros do estudo revelam níveis de stress mais consideráveis do que os encontrados para as sub-escalas depressão e ansiedade. Efectivamente as profissões na área da saúde têm exigências que podem gerar níveis elevados de stress (Neves de Jesus, 2004).

Posto isto, foi encontrada uma relação positiva da qualidade de sono com a ansiedade e o stress, isto é, para os sujeitos que integraram a amostra observou-se que parece que o facto da ansiedade e do stress aumentarem gera um aumento ao nível do IQSP, o que se traduz por uma pior qualidade de sono, outros estudos denotaram também a presença de uma relação positiva entre a qualidade de sono e os níveis de stress (Pires da Rocha, Figueiredo de Martino, 2010).

No que respeita à depressão e à sua relação com a qualidade de sono, na amostra em estudo não se verificou que existisse qualquer tipo de relação significativa entre estas duas variáveis, o que de algum modo não está concordante com a literatura, que revela que existe uma associação entre a qualidade de sono e a prevalência de sintomas depressivos (Nakata, Haratani, Takahashi, Kawakami, Arito, Kobayashi, Fujioka, Fukui &, Araki, 2004). Os resultados encontrados para o presente estudo, podem dever-se ao facto de os sujeitos da

amostra não revelarem níveis consideráveis de depressão, sendo de salientar que os sintomas depressivos se devem a um conjunto de factores, os quais podem ser predisponentes e preponderantes (Teixeira, 2005), pelo que até ao momento não há evidências na literatura de que haja uma relação causal entre a depressão e o trabalho por turnos, há sim evidências de que de facto os estados emocionais podem ter repercussões na qualidade de sono (Teixeira, 2005).

Não obstante, foram encontrados outros resultados que devem ser mencionados tais como a relação da qualidade de sono com as variáveis: sentimento ao acordar e acontecimentos de vida negativos. Verificou-se que quando o IQSP aumenta, ou seja a qualidade de sono piora, o sentimento ao acordar é de cansaço, o que vai ao encontro de uma das hipóteses proposta pela teoria relativa à função do sono, designando que o sono possibilita que o organismo repouse, recuperando energia (Paiva & Penzel, 2011), assim a sua privação ou uma qualidade reduzida do mesmo contribui para um sentimento de cansaço.

Verificou-se também que aparentemente, para os sujeitos que integraram a amostra a presença de acontecimentos de vida negativos está relacionada com a qualidade de sono, sendo que para a amostra em estudo a qualidade de sono reduz perante acontecimentos negativos. Efectivamente são vários os factores que estão na origem de insónias, tais como acontecimentos de vida negativos que promovem o aumento dos níveis de stress e de ansiedade (Teixeira, 2005).

Nesta sequência, foi ainda encontrado para a amostra estudada que as sub-escalas depressão e stress estão correlacionadas com os acontecimentos de vida negativos. Assim, perante acontecimentos adversos a depressão e o stress tendem a aumentar, importa salientar que a correlação encontrada foi fraca, o que é facilmente entendido uma vez que as várias teorias do stress e modelos de depressão concebem que os factores que geram stress e depressão são multidimensionais (Pichot, 2005). No que respeita ao stress, o balanço entre as exigências entendidas pelo sujeito e os seus recursos é fundamental e bastante subjectivo, pelo que os acontecimentos geradores de stress são mutáveis de indivíduo para indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984, cit. por Ayers & Steptoe, 2004).

Deste modo, ainda no que concerne à sub-escala stress observou-se a existência de relação com as variáveis: sentimento ao acordar e carga horária semanal (ambas relações fracas).

Quanto ao sentimento ao acordar verificou-se que para um aumento do stress, o sujeito acorda com um sentimento de cansaço, sendo que perante uma diminuição do stress o

indivíduo acorda mais enérgico. De facto, conforme foi mencionado anteriormente a qualidade de sono piora com o aumento dos níveis de stress, por isso necessariamente o indivíduo tende a acordar cansado, pois a qualidade do seu sono não lhe permitiu a reposição de energia necessária.

No âmbito da relação entre a carga horária semanal e o stress verificou-se, ao contrário do que a literatura preconiza, que o stress diminui quanto maior for a carga horária semanal. Foi previamente referido que a avaliação cognitiva de um agente stressor é deveras subjectiva (Lazarus & Folkman, 1984, cit. por Ayers & Steptoe, 2004), assim estes resultados podem ser explicados uma vez que, os enfermeiros cuja carga horária é elevada estão habituados a um ritmo de trabalho bastante exigente, pelo que provavelmente já criaram estratégias de *coping* que lhes permita lidar com esta sobrecarga de trabalho, sem que isso constituia um agente stressor. Para além disso, a recolha de dados pode ter coincido com um pico de stress recente, pelo que o indivíduo ainda não dispôs de tempo para processar essa informação. Por outro lado, esses enfermeiros dispõem de pouco tempo livre, pelo que talvez estejam pouco centrados naquilo que sentem, não tendo consciência dos seus níveis de stress reais.

Através do contacto com a prática, parece que os enfermeiros que trabalham em ‘duplo’ emprego habitualmente fazem-no desde o início do exercício profissional, pelo que estes acabam por não conhecer outra realidade, até ao momento em que suspendem o ‘duplo’ e optam por um único horário de trabalho.

Em suma, para o presente estudo verificou-se que, para os enfermeiros da amostra, os quais exercem a sua profissão num regime de turnos, existe uma relação, apesar de fraca, entre a qualidade de sono, a ansiedade e o stress. Assim, perante um aumento dos níveis de stress e ansiedade, denota-se uma pior qualidade de sono, o que deverá ter repercussões nas actividades do quotidiano, nas quais se incluem a actividade profissional.

Posto isto, talvez estes enfermeiros beneficiassem de formação que os dotasse de capacidades para gerirem melhor o stress inerente à profissão (Neves de Jesus, 2004). Para além disso, talvez fosse benéfico para os enfermeiros integrarem grupos dirigidos por um psicólogo. A intervenção em grupo poderia ser vocacionada para a discussão de casos e por seu lado, também poderia ser um contributo para o desenvolvimento pessoal dos enfermeiros. Por sua vez, poderá ainda revelar-se útil, promover formação no âmbito da higiene do sono. É importante cuidar daqueles que cuidam dos outros e que estão permanentemente em contacto com o seu sofrimento.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram definidos inicialmente objectivos que remetiam para a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress dos enfermeiros que trabalham num regime de turnos. De facto observou-se que a qualidade de sono destes enfermeiros é predominantemente má e que os seus níveis de stress são mais significativos do que os níveis de depressão e ansiedade.

Para além disso, foram exploradas relações com as variáveis sócio-demográficas, constatando-se que a presença de acontecimentos de vida negativos se relacionava com a qualidade de sono, depressão e stress. Por sua vez, foram também encontradas relações entre o sentimento ao acordar e a qualidade de sono e o stress. Para além disso, ainda se observou que o stress diminuía com o aumento da carga horária semanal, aspecto que contraria a literatura. Não foi encontrada mais nenhuma relação com as outras variáveis sócio-demográficas.

Todavia, teria sido importante indagar os profissionais acerca da data em que tinham iniciado o exercício em regime de ‘duplo’ ou ‘triplo’ emprego, com o intuito de melhor perceber a relação encontrada entre o stress e a carga horária semanal.

Por sua vez, poderia ter sido adicionada a questão relativa ao facto do sujeito se encontrar a estudar e a trabalhar em simultâneo, isto porque a amostra se encontra maioritariamente num grupo etário jovem e este aspecto, pode ter implicações na escala de ansiedade e stress e na qualidade de sono.

Para além disso, teria sido importante conhecer especificamente os acontecimentos de vida negativos que de facto afectaram os sujeitos, na medida em que a percepção destes acontecimentos é muito subjectiva, tratando-se de uma variável que no presente estudo se verificou que estava relacionada com as variáveis depressão e stress pelo que a exploração dos acontecimentos de vida negativos poderia ter contributos importantes.

Em estudos futuros poderia ser ainda adicionada a variável *hobbies*, para que se podesse conhecer a presença de momentos de descompressão. Estes momentos são importantes, uma vez que o sujeito fica envolvido em actividades extra-laborais que afastam a sua mente das vicissitudes do trabalho, Fontana (1998, cit. por Picado, 2010), defende

efectivamente estratégias distractivas para a redução do stress relacionado com a actividade laboral.

Trata-se de limitações que foram despistadas após o término da recolha de dados, pelo que podem constituir sugestões para estudos futuros.

No âmbito de outras limitações deste estudo, importa salientar a dificuldade verificada aquando da colheita de dados, tendo sido difícil obter o retorno dos questionários. Assim, os enfermeiros aceitavam participar no estudo, contudo não devolviam o questionário nos prazos estipulados. Provavelmente para futuras investigações o prazo para devolução dos questionários deve ser mais alargado ou, solicitar a sua devolução imediata, contudo esta medida, pode de algum modo, enviesar os dados.

Uma outra sugestão para estudos futuros seria o de realizar um estudo comparativo, através do qual fossem comparados os níveis de ansiedade, depressão e stress, assim como a qualidade de sono dos enfermeiros que trabalham num regime de turnos e dos enfermeiros cujo horário é fixo, isto é só realizam o turno da manhã. Deste modo, poderiam ser exploradas eventuais relações entre o exercício de funções em turnos e as variáveis previamente mencionadas.

Outra sugestão para futuras investigações diz respeito à realização de um estudo em que fosse realizada intervenção em grupo com enfermeiros que trabalham num regime de turnos, sendo avaliada a sua qualidade de sono, ansiedade, depressão e stress antes e depois da intervenção, com vista a conhecer as suas vantagens. Este tipo de investigação seria importante para a compreensão de estratégias que diminuíssem os níveis de ansiedade, depressão e stress dos enfermeiros que trabalham por turnos e de algum modo contribuir para a melhoria da sua qualidade de sono, avaliando o impacto dessas medidas no exercício da profissão.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayers, S., & Steptoe, A. (2004). Stress, Health and Illness. In *The Sage Handbook of Health Psychology*.
- Bastos, P. (2005). *As consequências do Trabalho por Turnos nos Enfermeiros do Hospital de Santa Maria*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. (2007). *Neuroscience: Exploring the Brain*. 3rd Ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bertolazi, A. (2008). Tradução, Adaptação Cultural e Validação de Instrumentos de Avaliação do Sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Tese de Mestrado. Rio Grande do Sul.
- Boscolo, R., Sacco, I., Antunes, H., Túlio de Melo, M., & Tufik, S. (2007). Avaliação do padrão de sono, actividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 7 (1), 18-25.
- Buyse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. Retirado a 8 de Dezembro de 2010 de <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&fID=1296>
- Chan, M. (2008). Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 285-293. Retirado a 23 de Setembro de 2010 de EBSCO.
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- Dias Pereira, M. (2007). Ansiedade nos Médicos. In K. Guimarães (Ed.), *Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina*. São Paulo: Casa Psi Editores.
- Fang, J., Kunaviktikul, W., Olson, K., Chontawan, R., & Kaewthummanukul, T. (2008). Factors influencing fatigue in Chinese nurses. *Nursing and Health Sciences*. 10. 291-299. Retirado a 28 de Outubro de 2010 de EBSCO.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Furtado, C., Ribeirinho, M., & Gaspar, M. (2010). *Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Lisboa: Infarmed.
- Jouvet, M. (1998). Paradoxical sleep as a programming system. *Journal of Sleep Research*. 7 Suppl (1), 1-5.
- Kessler, R., & Wang, P. (2009). Epidemiology of Depression. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 5-22). New York: Guilford Press.
- Lewin, J. (1987). *Estatística aplicada a ciências humanas*. São Paulo: Harbra.
- Lima, M., Lopes da Silva, A., & Pinto, A. (2008). Delimitação do Conceito de Burnout. In M. Chambel, & A. Pinto (Org), *Estudos com Amostras Portuguesas* (pp. 15-52). Lisboa: Horizonte.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alpha de cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1). 65-90.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Sattistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martino, M. (2002). Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 12 (2). 95-100. Retirado a 3 de Abril de 2010 de Google Academic.
- Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, N., Arito, H., Kobayashi, F., Fujioka, Y., Fukui, S., & Araki, S. (2004). Association of Sickness Absence with Poor Sleep and Depressive Symptoms in Shift Workers. *Chronobiology International*. 21 (6). 899-912. Retirado a 17 de Novembro de 2010 de EBSCO.
- Neves de Jesus, S. (2004). Programa de formação em gestão do stress para profissionais de educação e saúde. *Psychologica*. extra serie. 369-375.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (2).229-239.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª Ed.). Porto: Livpsic.
- Paiva, T. & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono*. Lousã: Lidel.
- Paiva, T. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. Cruz Quebrada: Oficina do Livro.
- Paulino, M., & Godinho, J. (2002). Perturbações da Ansiedade. In J. C. Dias Cordeiro. *Manual de Psiquiatria Clínica*, 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



- Picado, L. (2010). Esgotamento profissional dos docentes: da prevenção à intervenção. Retirado a 26 de Maio de 2011 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0531.pdf>
- Pichot, P. (2005). Modelos de Classificação dos Transtornos Depressivos. In M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), *Transtornos Depressivos* (pp. 53-55). Porto Alegre: ArtMed.
- Pires da Rocha, M., & Figueiredo de Martino, M. (2010). O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 44 (2). 280-286.
- Rotenberg, L. Portela, L., Marcondes, W., Moreno, C., & Nascimento, C. (2001). Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cad. Saúde Pública*. 17 (3). 639-649. Retirado em 27 de Fevereiro de 2010 de SCIELO.
- Scott, A., Monk, T., & Brink, L. (1997). Shiftwork as Risk Factor for Depression: A Pilot Study. *Journal of Sleep Research*, 6. 230-7.
- Seixas, M. (2009). *Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência: Implicações para a saúde física e mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia clínica e da saúde. Universidade Fernando Pessoa, Porto. 142 pp. Retirado a 13 de Março de 2010 de RCAAP.
- Shaughnessy, J.; Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. México: México: McGraw Hill.
- Silva, C., & Martino, M. (2009). Aspectos do ciclo vigília-sono e estados emocionais em enfermeiros dos diferentes turnos de trabalho. *Rev. Ciênc. Méd.* 18 (1). 21-33. Retirado a 13 de Março de 2010 de SCIELO.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, J. (2005). *Psicopatologia Geral – Introdução, Métodos e Modelos, Psicopatologia Descritiva*. Lisboa: ISPA.
- Teng, C., Chang, S., & Hsu, K. (2009). Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (10). 2088-2096.
- Zverev, Y., & Misiri, H. (2009). Perceived effects of rotating shift work on nurses' sleep quality and duration. *Malawi Medical Journal*. 21 (1). 19-21. Retirado a 3 de Abril de 2010 de Google Academic.

## ANEXO I – Revisão Teórica dos Conceitos Chave

## 1. FISILOGIA DO SONO

O sono é universal a todos os vertebrados e talvez seja a todos os animais. A evidência científica revela que uma privação prolongada do sono tem consequências devastadoras para o funcionamento do organismo, podendo inclusivamente, caso a privação ocorra durante um período excessivo provocar a morte, pelo menos para determinadas espécies de animais. O sono é essencial para a vida, tão importante como comer e beber. Deste modo surgiram questões relativas à necessidade e à utilidade do sono. Um aspecto inequívoco é de que o sono advém da sonolência, contudo há uma panóplia de questões a respeito da fisiologia do sono que ainda não obtiveram resposta, gerando discórdia na comunidade científica que se dedica ao estudo do sono (Bear, Connors & Paradiso, 2007).

Até aos anos quarenta considerava-se que o sono era um processo passivo, assumindo que o indivíduo adormecia uma vez que o cérebro deixava de receber *inputs* sensoriais. Contudo na actualidade sabe-se que o sono é um processo activo que implica a activação de várias regiões do cérebro.

Assim, o sono é definido como um estado reversível, em que há uma diminuição da resposta e da interacção com o ambiente externo (Bear, Connors & Paradiso, 2007). No decorrer das 24 horas do dia o indivíduo tem oportunidade de experienciar dois comportamentos distintos, nomeadamente o de estar acordado e o de estar a dormir.

Para além disso, o sono também é composto por diferentes fases ou estados, pelo que durante um período de sono o sujeito entra várias vezes no tipo de sono REM – *Rapid eye movement*, caracterizado por ser um sono paradoxal uma vez que o traçado marcado pelo EEG – electroencefalograma, é idêntico ao estado de vigília, contudo os vários grupos musculares mantêm-se imóveis à excepção dos músculos respiratórios e dos olhos. Na restante duração do sono o indivíduo permanece no sono não-REM caracterizado por ondas lentas e de larga amplitude ao nível do EEG, neste período do sono a tensão muscular é reduzida assim como todo o organismo está num modo de funcionamento reduzido, nomeadamente os consumos de energia e a temperatura corporal estão diminuídos.

Durante o sono não-REM ocorre uma activação do sistema nervoso parassimpático o que contribui para que a frequência cardíaca, respiratória e a função renal estejam reduzidas, por seu lado os processos digestivos tornam-se mais activos.

Na actualidade ainda não é possível determinar o pensamento do indivíduo quando está a dormir, porém os estudos remetem para uma diminuição do processo mental durante o sono não-REM, pelo que neste período os sonhos ocorrem raramente e caso aconteçam o sujeito não os recorda quando acorda. Por outro lado, é no período do sono REM que os sonhos ocorrem predominantemente, apesar de neste período de sono acontecer apenas numa pequena parte do tempo de sonho. A evidência

observou que quando uma pessoa é acordada durante o período REM esta é capaz de se recordar pormenorizadamente de episódios de sonhos que teve, os quais intrigam tanto as pessoas que os procuram interpretar (Bear, Connors, & Paradiso, 2007).

Importa salientar que o período de sono considerado pelos estudiosos como sendo o mais bizarro é precisamente o sono REM, verificou-se que o consumo de oxigénio por parte do cérebro durante este período é maior do que quando a pessoa está no estado de vigília a resolver exercícios de matemática. Por sua vez, a paralisia corporal que se constata durante este período denomina-se por atonia muscular, uma vez que há uma perda total de tonicidade muscular, contudo os músculos responsáveis pelos movimentos oculares, assim como os músculos do ouvido interno constituem excepções, tais como os músculos respiratórios que permanecem activos para que a pessoa possa respirar.

O sistema nervoso simpático encontra-se activo durante o sono REM, pelo que a frequência cardíaca e respiratória aumentam mas de forma irregular. Deste modo, durante este período do sono o corpo parece fazer tudo menos repousar.

Nesta sequência, através de estudos de investigação verificou-se que do total do tempo de sono 75% corresponde ao sono não-REM e apenas 25% ao sono REM, ocorrendo ciclos periódicos entre estes dois tipos de sono. Assim, durante um período de sono acontecem vários ciclos de sono que se repetem em cada 90 minutos, tratam-se de ciclos que são exemplo de ciclos ultradianos, ou seja, são mais rápidos do que os ciclos circadianos (24 horas) (Bear, Connors & Paradiso, 2007).

Face ao exposto, num adulto saudável o sono tem início na entrada para o primeiro estágio do sono não-REM (fase I), trata-se de uma fase cuja duração é de curtos minutos, as ondas alpha do EEG tornam-se menos regulares e diminuem, a par disto os olhos fazem pequenos movimentos de rotação. Esta primeira fase do sono diz respeito a uma fase de transição do estado de vigília para o de sono, sendo extremamente fugaz, para além disto o sono é ainda muito leve pelo que se está facilmente despertável.

A segunda fase do sono não-REM (fase II) é mais profunda e tem uma duração aproximada de 5 a 15 minutos, as ondas cerebrais são de maior amplitude e ritmadas por um marca-passo talâmico, os movimentos oculares quase que são nulos.

Por sua vez segue-se a terceira fase (fase III), em que as ondas cerebrais características são as delta, as quais são de maior amplitude do que as referidas anteriormente. Nesta fase os olhos e os movimentos corporais estão habitualmente ausentes.

A quarta fase do sono não-REM (fase IV) é a mais profunda, comparativamente com as descritas atrás, este estágio pode persistir entre 20 a 40 minutos. Posteriormente o sono torna-se novamente mais leve, regredindo para a fase II, de seguida de forma brusca ocorre a passagem para o período de sono REM, cujas ondas beta do EEG adquirem um ritmo rápido e são de pequena amplitude (Bear, Connors & Paradiso, 2007).

Actualmente convencionou-se aglutinar a fase III e IV constituindo uma única fase de sono não-REM (Paiva & Penzel, 2011).

Importa ainda mencionar que entre cada período de sono REM existe obrigatoriamente um período de 30 minutos de sono não-REM para que possa ocorrer novo período de sono REM, assim verifica-se haver um período refractário durante o qual há uma impossibilidade fisiológica de ocorrer sono REM.

No que concerne à duração do sono por noite, as investigações constataram que as necessidades de sono variam bastante nos adultos, pelo que a duração varia de 5 a 10 horas de sono por noite, sendo a média de horas de sono no adulto de 7,5. Conhece-se que 68% dos adultos jovens dispõem entre 6,5 a 8,5 horas para dormir. Para os adolescentes dormir torna-se um desafio. Deste modo Mary Carskadon da universidade de Brown (s.d., cit. por Bear, Connors & Paradiso, 2007), sugere que as necessidades de sono no pré-adolescente não aumentam na transição para a adolescência, porém ocorrem alterações do ciclo circadiano, o que torna progressivamente mais difícil que os adolescentes consigam adormecer cedo, deste modo, muitos adolescentes sofrem de privação crónica do sono, o que não é favorável para o seu desenvolvimento.

Nesta sequência Bear, Connors e Paradiso (2007), afirmam que a melhor forma de avaliar as necessidades de sono é através da qualidade do período de tempo em que o sujeito permanece acordado, uma vez que a sonolência excessiva durante o período de vigília, para além de ser desagradável constitui um risco para o próprio e para os outros que o rodeiam. Assim, há uma grande variedade de necessidades de sono, pelo que cada um deve reconhecer as suas próprias necessidades.

### *1.1. Funções do sono*

Apesar do que já foi descrito permanece a questão relativa à utilidade do sono, destacando-se duas teorias: teoria de *recovery* e teoria da *adaptação*.

De acordo com a primeira teoria referida o indivíduo dorme para repousar, restaurar energias para que possa estar preparado para voltar a estar acordado. Nesta sequência o sono torna-se útil para preservar e recuperar energia, assim como para otimizar as funções metabólicas (Paiva & Penzel, 2011). Deste modo, o sono segundo esta teoria é concebida como sendo mais do que simplesmente descansar, uma vez que através de estudos observou-se que a privação de sono durante um período prolongado conduz a alterações físicas e comportamentais muito acentuadas e nefastas. Contudo ainda não são conhecidos os processos fisiológicos que são restaurados através do sono, porém pensa-se que talvez o córtex cerebral possa de algum modo ‘descansar’ durante o período de sono não-REM.

Por sua vez, no que concerne à teoria da adaptação, o sono ocorre como modo de manter o indivíduo afastado de problemas quando este está mais vulnerável, ou ainda como forma de promover

a conservação de energia. Assim, o sono contribui para que o indivíduo se isole, com vista a ficar em segurança (Bear, Connors & Paradiso, 2007)

Por sua vez, outras propostas e hipóteses foram sendo definidas, nomeadamente a de que o indivíduo apresenta uma necessidade intrínseca de dormir, a qual se designa por “pressão de sono”, assim a sono torna-se útil para a manutenção e aumento da qualidade do estado de vigília, esta hipótese adveio das observações realizadas em estudos em que era induzida privação de sono (Paiva & Penzel, 2011).

Uma outra corrente sugere que o sono, mais especificamente o sono lento está associado aos processos termorreguladores, que promovem o arrefecimento do corpo e por conseguinte do cérebro.

Outras hipóteses concepcionam o sono como contribuindo para a “desintoxicação” do cérebro, uma vez que durante o estado de vigília são produzidas substâncias que quando estão em níveis aumentados induzem o sono. Por sua vez, há quem defenda que o sono assume uma função importante no que respeita ao sistema imunitário, contribuindo para o aumento da actividade do sistema imunológico.

Outras perspectivas concebem o sono como tendo ainda a função de reforçar ou eliminar circuitos neuronais que tenham sido activados aquando da vigília, pelo que contribui para o desenvolvimento e maturação do cérebro (Jouvet, 1998).

Para além do que já foi mencionado, verifica-se ainda a hipótese que defende que o sono assume uma importante função no que respeita à consolidação de memórias, porém trata-se de uma hipótese que gera discórdia, havendo estudos que a contrariam.

Anteriormente abordou-se a questão de que o sono poderia otimizar processos metabólicos, a par disto há estudiosos que consideram que o sono é responsável por regular vários processos metabólicos. Assim, a privação crónica de sono nos humanos pode estar na origem de patologias como: diabetes, hipertensão arterial, patologias cardíacas, obesidade, depressão, insónia, cancro da mama e pode até mesmo aumentar o risco de morte prematura (Paiva & Penzel, 2011).

De acordo com as teorias psicanalíticas, os sonhos, os quais ocorrem durante o sono constituem a sede do inconsciente, pelo que os sonhos reflectem um estado de desejo.

Face ao exposto, conclui-se que são várias as hipóteses e teorias formuladas para atribuir uma função ao sono, sendo importante salientar que as várias propostas descritas não se excluem, podem inclusivamente convergir.

### *1.2. Psicopatologia do sono*

As perturbações do sono podem ser de três tipos: redução do sono nocturno (insónias), sonolência diurna excessiva (hipersónias) e sono perturbado (Parasónias). Na actualidade, às perturbações do tipo insónia, hipersónia e perturbações do ciclo sono-vigília atribui-se o nome de disónias, estas dizem respeito à duração, qualidade e momento do sono.

No que concerne às insónias, trata-se de uma perturbação do início e manutenção do sono, pelo que o indivíduo refere sentir a duração do sono como insuficiente (Teixeira, 2005). Trata-se de uma queixa que surge frequentemente, em que o indivíduo se queixa que “dorme pouco e mal”. No adulto a insónia consiste numa “redução patológica do tempo de sono nocturno ou de um sono reparador, com repercussões para o quotidiano.” (Paiva & Pentel, 2011, p. 28).

As insónias podem ser classificadas de diversos modos, consoante a sua duração e a evolução da sintomatologia, no Quadro 1 estão presentes os vários tipos de insónia, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças do Sono 2 – CIDS2.

#### **Quadro 1 – Tipos de Insónia.**

##### **Tipos de Insónia (de acordo com o CID 2):**

- Insónia transitória – (F51.01)
- Insónia psicofisiológica – (F51.03)
- Insónia paradoxal ou percepção errada do estado de sono – (F51.2)
- Insónia ideopática – (F51.03)
- Insónia associada a perturbações mentais – (F51.05)
- Higiene do sono – (Z72.821)
- Insónia comportamental na infância – (Z73.81)
- Insónia causada por consumo crónico de drogas ou substâncias – (G47.02)
- Insónia associada a doenças médicas – (G47.03)
- Insónia não associada ao consumo de substâncias ou condições fisiológicas conhecidas, não especificada (insónia não orgânica, NOS) – (F51.00)
- Insónia fisiológica (orgânica), não especificada – (G47.00)

**Fonte:** Paiva, T., & Penzel, T. (2011). Centro de Medicina do Sono. Lousã: Lidel.

Consoante ocorram no início do período de sono ou no seu término as insónias são classificadas por: insónias iniciais ou de adormecimento, que consistem numa dificuldade em adormecer, pelo que há um alongamento do tempo de adormecimento. Por sua vez, as insónias terminais dizem respeito a um despertar precoce e está associado frequentemente a depressões

endógenas. Quanto às insónias intermédias ou intercalares, estas caracterizam-se por despertares múltiplos no decorrer da noite.

Esta perturbação é ainda classificada consoante a sua duração, pelo que, caso a insónia ocorra apenas durante algumas noites denomina-se por insónia transitória. Quando a sua duração é até três semanas estas são consideradas como insónias de curta duração. Por seu lado, insónias cuja duração exceda as três semanas, são insónias de longa duração.

Nesta sequência, são vários os factores que podem estar na base da presença de insónias, os quais podem ser físicos, situacionais e psicológicos. Os factores físicos contemplam doenças orgânicas como a Hipertensão Arterial (HTA), hipertiroidismo e doenças encefálicas, para além disso a presença de determinados sintomas como algias, acessos de tosse, dispneia e prurido podem desencadear insónias. Por sua vez, o consumo excessivo de substâncias estimulantes (café, tabáco, álcool) ou a interrupção brusca de tratamentos que impliquem a administração de benzodiazepinas também contribuem para a existência de insónias (Teixeira, 2005).

No que respeita a factores situacionais, o trabalho por turnos, processos de luto, separação/divórcio, desemprego, exames académicos são exemplos de acontecimentos que promovem o aumento de stress pelo que podem estar na origem de insónias transitórias ou de curta duração.

Por sua vez, “perturbações de ansiedade, depressões, estados maníacos, neuroses, psicoses e perturbações mentais orgânicas” constituem factores psicopatológicos que podem contribuir para a ocorrência de insónias (Teixeira, 2005, p. 152).

Assim, as insónias podem resultar de uma outra patologia associada, ou de factores causais como os descritos atrás, pelo que se denominam de insónias secundárias. Por sua vez, as insónias primárias são aquelas que resultam de aspectos psicofisiológicos ou de erros de higiene do sono (jogar computador antes de dormir, não sair de casa e passar muito tempo na cama) (Paiva & Penzel, 2011).

Face ao exposto, torna-se importante formular questões relativas aos factores que precipitaram esta perturbação, assim como os factores que promovem a sua persistência e os que a predis põem. Por sua vez, importa ainda indagar no que respeita à forma como o indivíduo se sente quando se deita, ao acordar e durante o dia. Este tipo de informação visa determinar se estamos perante um indivíduo com insónia ou não, o que implica uma diminuição da duração total de sono e um coeficiente de eficiência ( $\text{Tempo total de sono: Tempo na cama} \times 100$ ) inferior a 85%. Posto isto, é de extrema utilidade a recolha adequada da história clínica, assim como a elaboração de diários de sono e a aplicação de Questionários de sono como o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh – IQSP (Paiva & Penzel, 2011).

As hipersónias constituem um outro tipo de perturbação do sono caracterizada por uma sonolência excessiva que irá exercer uma influência negativa no quotidiano do indivíduo (Teixeira, 2005). Entende-se por sonolência como uma “apetência para dormir, é um estado de transição para o sono, com despertar fácil e duração breve” (Paiva & Penzel, 2011, p. 35).



Assim as hipersónias, em que a sonolência ocorre de forma quase que permanente no decorrer do dia, associada a sonos nocturnos prolongados são denominadas por contínuas. Esta situação nem sempre é patológica podendo ser uma característica pessoal, pelo que nesse caso a hipersónia é simples. Por outro lado, quando esta sonolência excessiva está associada a uma factor orgânico ou psicológico é considerada como patológica. Caso o factor causal seja psicológico, as hipersónias designam-se por psicogénicas, o sono assume um carácter defensivo face ao conflito, pelo que consiste numa forma de evitamento do conflito.

Entende-se por hipersónias paroxísticas quando a sonolência surge de forma mais ou menos súbita durante o dia, a narcolepsia é um exemplo deste tipo de perturbação. Deste modo, a gravidade da sonolência diurna é determinada de acordo com a frequência dos episódios, aparecimento inadequado, ausência de consciência de que está a dormir e inexistência de redução da necessidade de dormir. Para tal avaliação torna-se muito útil a aplicação da Escala de Sonolência de Epworth (ESES) (Paiva & Penzel, 2011).

A narcolepsia é um distúrbio bizarro do sono e do despertar, apresentando manifestações como sonolência diurna excessiva que pode contribuir para a ocorrência de ‘ataques de sono’, os quais são designados por cataplexia, que corresponde a uma paralisia muscular súbita em que o indivíduo fica num estado de consciência idêntico ao do sono REM. A ocorrência deste tipo de episódio é mais propício perante expressões emocionais fortes e a sua duração por norma é inferior a um minuto.

Por sua vez, a paralisia do sono pode ser uma outra manifestação da narcolepsia, havendo uma diminuição do controlo muscular, tal como acontece na transição do estado de vigília para o sono, desta forma o indivíduo fica impossibilitado de se mover ou falar durante alguns minutos. Após episódios de paralisia do sono podem ocorrer alucinações hipnagógicas, que consistem em sonhos vívidos.

Face ao exposto, a narcolepsia diz respeito a uma intrusão das características do sono REM no estado de vigília. Através de monitorização verificou-se que os sujeitos com esta perturbação ao adormecerem entram logo no sono REM, para além disso possuem menos 10% de neurónios que contêm hipocretina. A hipocretina consiste num neuromodulador péptidico que se liga a neurónios predominantemente do hipotálamo, este neuromodulador promove o estado de vigília e inibe o sono REM. Pensa-se que a narcolepsia nos humanos pode ser causada pela morte de neurónios que contêm hipocretina, processo que se pensa estar associado a resposta autoimune.

Actualmente não existe cura para a narcolepsia, no entanto é possível promover o alívio sintomático através de sestas frequentes, anfetaminas e antidepressivos tricíclicos, estes últimos podem contribuir para a redução de cataplexia e de paralisia do sono. Com a descoberta do défice de hipocretina no líquido cefalo-raquidiano dos indivíduos com narcolepsia começam a ser testados tratamentos que contemplam a administração de hipocretina ou seus agonistas (Bear, Connors & Paradiso, 2007).

No que respeita às perturbações do ritmo sono-vigília estas consistem em desorganizações do ritmo circadiano, que regula o ciclo sono-vigília. Este tipo de perturbação ocorre quando as exigências ambientais não são coincidentes com o ritmo endógeno, aspecto visível no *jet lag* e no trabalho por turnos.

Quanto a acontecimentos anormais que ocorrem durante o sono são denominados por parassónias, as quais podem ter cariz patológico, por exemplo: bruxismo (ranger de dentes), balanceios de cabeça, gemidos, mioclonias, gestos, somnilóquia, enureses, terrores nocturnos, ataques de pânico, pesadelos, paralisia do sono, sonambulismo, entre outros.

Importa ainda mencionar que frequentemente as perturbações do sono estão associadas a estados psicopatológicos, pelo que à ansiedade generalizada associa-se a insónia inicial e intercalar, nos estados depressivos está presente a insónia terminal e em depressões atípicas verifica-se hipersónia (Teixeira, 2005).

### *1.3. Características do sono consoante a idade*

O sono sofre alterações com a idade, sendo que um recém-nascido dorme em média 17,5 horas por dia, por sua vez no adulto este valor reduz-se para 8 horas e nos seniores a duração média de sono é ainda mais reduzida (Paiva & Penzel, 2011).

Por sua vez, verifica-se que as alterações não ocorrem apenas na quantidade de sono mas o seu padrão também sofre mudanças. Assim, o recém-nascido evidencia vários sonos por dia, pelo que este padrão se denomina de bimodal e ocorre nos primeiros anos de vida, este tipo de padrão é retomado na velhice. Na idade escolar e na idade adulta o sono é monofásico (Paiva & Penzel, 2011).

Até aos 2 meses de vida é atribuída uma nomenclatura de fases de sono diferentes da do adulto, pelo que se distinguem: vigília tranquila (o bebé está em vigília mas sossegado), vigília activa (caracterizada por uma grande actividade motora), sono tranquilo (período de sono em que não se verificam interrupções nem despertares) e sono agitado (caracterizado pela presença de movimentos corporais, mímica facial e movimentos oculares) (Paiva & Penzel, 2011).

Posteriormente, com a idade verifica-se uma diminuição da duração do sono e por volta dos três anos as sestas começam a diminuir, pelo que aos 6 anos a criança evidencia um padrão de sono idêntico ao do adulto. No que concerne ao sono na adolescência constata-se uma maior necessidade de dormir, pelo que se esta necessidade não é satisfeita verifica-se privação de sono, por sua vez também se observa um atraso na fase de sono, ou seja deitam-se mais tarde, o que contribui para uma hipersónia tendencialmente diurna (Paiva & Penzel, 2011).

Deste modo, torna-se evidente alterações do sono com o crescimento, verificando-se uma reorganização circadiária, pelo que a quantidade de sono paradoxal no recém-nascido é superior à do

adulto (80%) e vai sofrendo um decréscimo até que estabiliza no adulto e na velhice (Paiva & Penzel, 2011).

## 2. STRESS

O conceito de stress tem sido definido de acordo com diferentes perspectivas e utilizado em vários contextos. Este conceito era utilizado inicialmente associado à física, em que se entendia por ‘stress’ como uma força externa que era aplicada a um sistema. Dois estudiosos que foram indubitavelmente importantes para o desenvolvimento do conceito de stress foram: Walter Cannon (1914, cit. Por Ayers & Steptoe, 2004), no seu estudo relativo à resposta de ‘figth-flight’ e Selye (1956, cit. Por Ayers & Steptoe, 2004) quando utilizou o conceito de stress como se tratando de uma resposta inespecífica dos organismos vivos perante um estímulo nocivo.

Deste modo, o conceito de stress pode ser definido como sendo um “constructo complexo e multifacetado que engloba várias componentes” (Ayers & Steptoe, 2004, p 170), e permite distinguir aspectos como os stressores e as respostas ao stress. São vários os factores que podem contribuir para que haja stress, tais como: as exigências de determinada situação, os recursos disponíveis para a resolução de problemas, nomeadamente o uso de estratégias de *coping* e o suporte social disponível. Deste modo, determinadas características do trabalho, assim como cuidar de alguém que esteja debilitado e totalmente dependente constituem situações que podem gerar elevados níveis de stress. Uma outra definição de stress que é mais comumente aceite, perspectiva o stress como se tratando de uma “(...) transacção entre pessoas e o meio ambiente” (Lazarus & Launier, 1978, cit. por Ogden, 2004, p. 286).

Nesta sequência, as fontes de stress podem ser externas ou internas, para além disso os níveis de stress variam consoante a duração e a severidade do factor stressor a que o sujeito é exposto. Não obstante, importa contemplar a subjectividade individual, isto é cada um dos indivíduos percebe de forma distinta os estímulos, pelo que os autores alertam para o facto de não ser unânime a classificação de um evento como stressor traumático (Ayers & Steptoe, 2004).

Quando o indivíduo está exposto a determinados estímulos stressores a sua resposta ao stress tem necessariamente implicações em vários domínios, contribuindo para efeitos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos. Deste modo, as funções cognitivas perante o stress ficam vulneráveis, pelo que o processo de atenção torna-se tendencialmente periférico, a velocidade de processamento de informação reduz substancialmente, assim como as funções de memória de retenção e de evocação que ficam comprometidas. Face ao exposto, importa salientar que de uma forma geral os estímulos stressores contribuem para uma diminuição da performance e fragilizam as funções

cognitivas, pelo que há uma maior propensão para que ocorram erros e acidentes de trabalho (Ayers & Steptoe, 2004).

No que respeita a efeitos emocionais destacam-se os sentimentos de distress, ansiedade, medo e sentimentos de tristeza, contudo verificam-se dificuldades metodológicas na mensuração de respostas emocionais face a estímulos stressores, uma vez que o tipo de resposta emocional varia de indivíduo para indivíduo, trata-se de uma experiência subjectiva (Ayers & Steptoe, 2004).

Quanto às respostas comportamentais, observou-se em animais que a exposição a estímulos stressores poderia gerar comportamentos de imobilidade. Por sua vez, a psicologia da saúde debruçou-se nos comportamentos decorrentes do stress que pudessem comprometer o bem-estar do indivíduo, nomeadamente os comportamentos aditivos: hábitos tabágicos, etílicos, hiperfagia, disónias, comportamentos sexuais de risco, entre outros. Desta forma, vários autores observaram a existência de uma relação estreita entre o stress e o comportamento (Ayers & Steptoe, 2004).

No que concerne à componente física, denotam-se alterações orgânicas importantes que ocorrem perante situações de stress, tais como: metabolismo da glicose, respiração, função cardiovascular, sistema imunitário, entre outros. Estas alterações ocorrem, uma vez que os estímulos stressores promovem a activação do sistema nervoso autónomo, nomeadamente provoca a activação do sistema nervoso simpático, estimulando a libertação de catecolaminas como a epinefrina e a noradrenalina, desde a medula até às glândulas adrenais, ocorrendo a libertação de corticóides para a corrente sanguínea, como é o caso do cortisol (Ayers & Steptoe, 2004).

Por sua vez, importa mencionar que os níveis de cortisol podem ser nefastos quer estejam elevados ou pelo contrário excessivamente baixos, salienta-se que o organismo procura constantemente estar num equilíbrio homeostático. Assim, elevados níveis de cortisol favorecem o aumento do colesterol, suprimem determinados processos do sistema imunológico, promovem a descalcificação óssea e contribuem para a ocorrência de infertilidade. Em situações extremas, cujos níveis de cortisol estejam extremamente altos pode até mesmo verificar-se o desenvolvimento do Síndrome de Cushing, caracterizado por: hipertensão arterial, resistência celular à insulina, disfunção das gónadas, osteoporose, atraso do desenvolvimento físico, depressão, fadiga e irritabilidade. Por outro lado, perante baixos níveis de cortisol o sistema imunitário fica comprometido, uma vez que o cortisol suprime o processo inflamatório (Ayers & Steptoe, 2004).

Um aspecto que importa mencionar diz respeito à distinção existente entre os conceitos de stress e burnout, os quais evidenciam algumas semelhanças mas existem vários critérios que permitem distinguir estes dois conceitos, nomeadamente: o stress consiste num processo temporário de adaptação, por seu lado o burnout advém de uma exposição prolongada ao stress profissional o qual contribui para uma falta de adaptação (Brill, 1984 cit. por Lima, Lopes da Silva & Pinto, 2008).

Por sua vez no stress as estratégias de *coping* visam diminuir os efeitos do stress enquanto que no burnout o *coping* é disfuncional gerando um agravamento dos sintomas. Por seu lado o burnout

engloba várias dimensões, sendo a exaustão emocional gerada pela experiência subjectiva de stress uma delas, incluiu ainda dimensões que se relacionam com a concepção do sujeito face aos outros e face a si mesmo (Maslach, 1993 cit. por, Lima, Lopes da Silva & Pinto, 2008).

Um outro aspecto a considerar diz respeito ao facto do stress ser percebido como uma experiência vital vivida por todos os seres humanos e que é passível de ter consequências positivas e negativas, enquanto que o burnout só tem efeitos negativos (Farber, 1984, cit. por, Lima, Lopes da Silva & Pinto, 2008) e ocorre apenas em indivíduos cujas expectativas em relação ao seu trabalho são elevadas.

Face ao exposto, o burnout diz respeito a uma “(...) resposta ao stress profissional prolongado, apresentada por indivíduos inicialmente muito motivados, e que se caracteriza pela sua natureza multidimensional” (Lima, Lopes da Silva & Pinto, 2008, p. 47).

Nos últimos anos foram desenvolvidos uma grande quantidade de estudos, com o intuito de serem investigadas as causas e as consequências do stress relacionado com o trabalho, uma vez que todas as pessoas que trabalham já experimentaram em algum momento stress relacionado com o seu trabalho e para além disso trata-se de um dos problemas de saúde que pode ser facilmente prevenido.

Para a grande maioria das pessoas o stress relacionado com o trabalho não constitui um problema de saúde quando a sua duração é breve, por seu lado, perante uma exposição prolongada a determinados stressores relacionados com o exercício da profissão o stress pode tornar-se crónico, tendo implicações negativas para a saúde do indivíduo. São vários os factores que podem contribuir para que determinados trabalhos sejam mais stressantes do que outros, tais como: sobrecarga de trabalho, ambiguidade de papéis, falta de controlo sobre o trabalho, responsabilidade sobre outras pessoas, falta de perspectiva de progressão na carreira, trabalho por turnos, entre outros (Straub, 2005).

No que respeita à responsabilidade associada ao exercício profissional, a evidência científica observa que os profissionais de saúde são particularmente expostos a este tipo de stressor no contexto laboral. Estudos revelaram que especificamente os enfermeiros estão muito susceptíveis ao stress relacionado com o trabalho, podendo gerar sinais e sintomas característicos de patologia psiquiátrica grave. Para além disso, a enfermagem apresenta uma das mais altas taxas de suicídio comparativamente com os outros profissionais de saúde (Gillespie & Gillespie, 1986, cit. por Straub, 2005).

Por sua vez, o trabalho por turnos também é um aspecto que contribuiu para a presença de elevados níveis de stress relacionado com o trabalho, uma vez que este regime laboral implica perturbações na vida familiar, social e contribui ainda para alterações do ritmo sono-vigília (Straub, 2005).

## 2.1. Teorias do stress

Aspectos como os estímulos stressores e as repostas ao stress constituem componentes fundamentais que geraram o desenvolvimento de teorias que envolvem precisamente estes constructos. Mais tarde foi adicionada a componente individual, assim como a interacção do indivíduo com o meio externo, pelo que surgiram as teorias interaccionais e transacionais do stress. Assim, consoante a definição de stress assim foram desenvolvidos os respectivos modelos e teorias.

Posto isto, perante as várias definições de stress que foram surgindo, vários estudos desenvolveram modelos baseados nas respostas ao stress, nomeadamente Cannon e Selye, tendo introduzido a componente fisiológica.

Cannon desenvolveu um dos primeiros modelos de stress, o qual foi designado por Modelo de Luta e Fuga (1932), sugerindo que as mudanças fisiológicas permitem que o indivíduo fuja das fontes de stress ou então que lute contra as mesmas. De acordo com este modelo o stress é concebido como se tratando de uma resposta a stressores externos (Ayers & Steptoe, 2004).

Por seu lado, Selye desenvolveu em 1956 o Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que concebe o processo de stress como sendo constituído por três fases, as quais são: Alarme, resistência e exaustão (Ogden, 2004).

Deste modo na primeira fase deste processo o facto do indivíduo ser exposto a uma situação stressante provoca um aumento da actividade, pelo que o sujeito fica em estado de ‘alarme’. Posteriormente ocorre uma tentativa de reverter o estado de alarme, pelo que o sujeito recorre a estratégias de *coping*, esta segunda fase é denominada por fase de resistência. Por fim, caso a resistência não elimine o stressor os recursos ficam esgotados, nomeadamente o *coping*, pelo que esta última fase foi intitulada por exaustão. Assim, os dois processos atrás descritos consideram que o indivíduo responde de forma automática a um stressor externo, pelo que o stress é concebido como se tratando de um processo de estímulo-resposta, pelo que o indivíduo é desprovido de um papel activo neste processo (Ogden, 2004).

Posto isto, como forma de se distanciar das teorias propostas por Cannon e Selye, nas décadas de 70 e 80 houve um predomínio no estudo de modelos de stress baseados nos estímulos em detrimento das respostas. Esta abordagem contempla o stress como se tratando de algo que contribui para a ocorrência de uma alteração na vida do indivíduo e que por isso implica uma adaptação. Nesta sequência o stress era mensurado a partir de uma *checklist* dos acontecimentos de vida, pelo que os níveis de stress eram determinados através do número e do tipo de acontecimento de vida que o indivíduo tinha experienciado num determinado período de tempo. Este modelo foi vantajoso, na medida que que, atribuiu alguma objectividade ao fenómeno do stress, contudo esta abordagem não possibilita a compreensão do processo de stress (Ayers & Steptoe, 2004).

Por sua vez, o facto da perspectiva anterior classificar as experiências de vida como objectivamente stressantes ou pelo contrário inócuas, foi alvo de várias objecções por parte de alguns

estudiosos que consideravam que a interpretação dos acontecimentos de vida deveria ser da responsabilidade dos indivíduos, uma vez que “por exemplo, um divórcio pode ser considerado por um indivíduo como extremamente perturbador, ao passo que, para outro, pode ser um alívio de uma situação desagradável.” (Ogden, 2004, p.288).

Perante as críticas referentes às teorias atrás mencionadas, Lazarus nos anos 70 envolveu a psicologia como forma de compreender as respostas ao stress, pelo que este conceito passou a ser abordado de uma outra perspectiva, pelo que o indivíduo passou a ser considerado como participante activo na resposta ao stress, pelo que Lazarus (cit. por Ogden, 2004), considerou que o stress implicava uma transacção entre o indivíduo e o mundo que o rodeia, motivo pelo qual ocorre uma resposta ao stress quando o indivíduo interpreta o estímulo como se tratando de um acontecimento stressante. Deste modo, o modelo transaccional, teve por base a definição de que o stress consiste numa relação entre o indivíduo e o ambiente, sendo que as exigências do meio são entendidas pelo indivíduo como se tratando de desafios muito exigentes que excedem os seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984, cit. por Ayers & Steptoe, 2004).

Em suma, para o modelo transaccional a avaliação cognitiva assume um papel central, ocorrendo uma avaliação primária, que é inicial e visa dar resposta à questão “Será isto causador de stress?”, numa segunda instância ocorre uma avaliação secundária que permite conhecer se “Poderei eu lidar com isto?”. Assim, a avaliação que o sujeito faz dos estímulos externos estão intimamente relacionados com a resposta ao stress (Ogden, 2004).

Nesta sequência, as respostas ao stress podem ter implicações negativas em várias componentes do indivíduo, motivo pelo qual o stress é amplamente estudado pela comunidade científica. Não obstante, a relação entre o stress e a doença não é linear, há evidências de que hajam factores que medeiam esta relação.

### **3. ANSIEDADE**

Quando o indivíduo está perante uma situação de ameaça é natural que evidencie ansiedade, a qual nesse contexto é considerada como se tratando de uma resposta emocional natural, isto é normal. A ansiedade diz respeito a um “estado emocional em que o indivíduo se sente tenso, atemorizado e alarmado de forma desagradável, na expectativa de que qualquer coisa desagradável e indefinida lhe vai acontecer” (Teixeira, 2005, p.132).

Por seu lado, a ansiedade é considerada como patológica quando perante determinado estímulo é desencadeada uma resposta emocional desadequada, desproporcionada ao estímulo. Por sua vez, reacções que ocorrem sem que haja qualquer tipo de relação com estímulos externos denominam-se por ansiedade endógena. Deste modo, qualquer reacção desproporcionada, repetitiva e que

perturbem o quotidiano do indivíduo são consideradas como sendo patológicas. Note-se que estados de ansiedade afectam a eficiência cognitiva a qual fica reduzida (Teixeira, 2005).

Nesta sequência importa distinguir a ansiedade ‘estado’ da ansiedade ‘traço’, sendo que a primeira diz respeito a um momento pontual em que o indivíduo fica bruscamente ansioso, como é o exemplo de um ataque de pânico. Por seu lado a ansiedade ‘traço’ remete para uma característica da personalidade, pelo que o indivíduo está constantemente com sentimentos de insegurança, inquietação sem que haja uma causa aparente, “(...) a experiência ansiosa é uma experiência psicológica (...)” (Teixeira, 2005, p. 133). Deste modo, estes indivíduos evidenciam irritabilidade, estão constantemente em alerta e sofrem habitualmente de insónia de adormecimento.

Posto isto, a ansiedade pode ser primária ou secundária, quanto à primeira esta corresponde à ansiedade propriamente dita, a qual pode decorrer de uma experiência sobrecarregante que excede os recursos individuais, pelo que se denomina por ansiedade reactiva. Por oposição, quando o sujeito experiencia um estado de ansiedade que não está associada a nenhum estímulo do ambiente externo esta é denominada por ansiedade não-reactiva (Teixeira, 2005).

Por sua vez, a ansiedade é considerada secundária quando está associada a uma outra psicopatologia, como por exemplo: depressões, psicoses, perturbações da personalidade, entre outras (Teixeira, 2005).

Face ao exposto, A ICD e a DSM IV classificam as reacções patológicas decorrentes de experiências stressantes em três grupos: perturbação aguda de stress, perturbação pós-stress traumático e perturbação de adaptação (Godinho & Paulino, 2002).

As perturbações de adaptação, são como o nome indica reacções que visam a adaptação do indivíduo a uma circunstância nova. Este tipo de perturbação é caracterizada por um início gradual e pela presença de ansiedade, concentração diminuída, insónia, depressão, irritabilidade, auto-desvalorização, anedonia e palpitações. Deste modo, quando os sintomas não são numerosos e não são graves o diagnóstico formulado é o de perturbação de adaptação, caso contrário quando a sintomatologia é mais evidente é realizado um diagnóstico de perturbação de ansiedade (Godinho & Paulino, 2002).

No âmbito das perturbações de ansiedade são destacadas: perturbação pós-stress traumático, perturbação de pânico, perturbações fóbicas, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação obsessivo-compulsiva. Importa salientar que a perturbação de ansiedade generalizada é uma das perturbações ansiosas mais frequentes caracterizada por “(...) preocupação marcada, inadequada e persistente face aos acontecimentos da vida (...) as preocupações com a saúde, a situação económica, o trabalho, as relações afectivas produzem uma apreensão excessiva e não controlável.” (Godinho & Paulino, 2002, p. 455).

Os significados atribuídos à ansiedade diferem consoante o modelo teórico em consideração, assim de acordo com o modelo existencialista a ansiedade reflecte uma necessidade de antecipar o



futuro, o que implica o confronto com a finitude e com a liberdade. Por seu lado, a ansiedade é considerada como se tratando de um sinal que pode traduzir a presença de um conflito intra-psíquico inconsciente, segundo o modelo psicanalítico. Para o modelo cognitivo a ansiedade corresponde a uma resposta ao stress a qual não é adaptada. Por fim, numa perspectiva neurofisiológica a ansiedade diz respeito a uma reacção inespecífica de alerta e activação (Teixeira, 2005).

Um aspecto que expressa a forma como as perturbações de ansiedade afectam a população portuguesa relaciona-se com as taxas de consumo de ansiolíticos, os quais consistem na alternativa farmacológica para a redução dos estados de ansiedade. Deste modo, num estudo desenvolvido pela Infarmed (Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010) verifica-se que o consumo de ansiolíticos no período entre 2000 e 2009 sofreu um aumento de 11%, verificando-se em 2009 um consumo de 101 doses diárias definidas por mil habitantes/dia.

A literatura evidencia que a ansiedade é muitas vezes descrita como estando associada ao exercício dos profissionais de saúde, denotando-se uma reacção circular no que respeita aos elevados níveis de stress, depressão, insónias. O que indica que quando se aborda a temática da ansiedade estamos necessariamente a abordar outro tipo de sintomatologia (Dias Pereira, 2007).

#### **4. DEPRESSÃO**

A depressão é uma patologia que na actualidade afecta muitas mais pessoas do que aquelas que estão descritas nos estudos epidemiológicos, isto acontece pois a sociedade associa a depressão a termos como “preguiça”, “a depressão é para os ricos pois os pobres têm de trabalhar”, desta forma perante determinada sintomatologia pode haver a tendência para que esta seja ignorada e desvalorizada.

Não obstante, os estudos revelam que mais de 20% da população adulta e 50% dos adolescentes e crianças evidenciam sintomas depressivos num período de pelo menos uma semana a 6 meses (Kessler, Avenevoli, et al, 2001 cit.por Kessler & Wang, 2009). Por sua vez, em estudos longitudinais que seguiram adolescentes até à fase adulta observaram que o síndrome depressivo na adolescência seria um forte predictor de depressão major na fase adulta (Angst, Sellaro, et al, 2000, cit. por Kessler & Wang, 2009). Desta forma, a evidência científica estima que uma pessoa no decorrer do seu percurso de vida venha a apresentar pelo menos um episódio de depressão major, como tal importa intervir no âmbito da prevenção primária e secundária.

O diagnóstico de depressão major baseia-se num determinado conjunto de sintomas os quais são classificados como sintomas vegetativos, tais como: perda de peso, anedonia, insónia, perda de apetite. Por seu lado são considerados sintomas não vegetativos os que se seguem: aumento de peso, hipersónia, aumento do apetite. Estes últimos são observados entre um terço a um quarto da população

com depressão major. Um outro aspecto a considerar diz respeito à presença de uma depressão cíclica, a qual pode estar associada à perturbação bipolar. Assim, os estudos estimam que 10% ou mais da população em geral descrevem variações sazonais em relação ao humor deprimido, pelo que os sintomas depressivos incidem mais frequentemente nos meses de Inverno e a sua prevalência é maior no hemisfério Norte do que no Sul (Kessler & Wang, 2009).

Como já foi mencionado atrás, no decorrer da vida há determinados acontecimentos que podem desencadear estados de tristeza, porém é deveras importante destringir a tristeza normal da patológica, pelo que a primeira diz respeito a uma reacção adequada aos acontecimentos, tem uma duração relativamente breve e não tem repercussões relevantes nas capacidades cognitivas e no funcionamento orgânico (Teixeira, 2005).

No que concerne à tristeza patológica, depressiva ou humor deprimido verifica-se um sofrimento interno que se caracteriza por desânimo, desalento, desvalorização pessoas, sentimentos de desesperança. Este estado de tristeza provoca interferências no quotidiano do indivíduo, nomeadamente a nível cognitivo, comportamental, relacional. No âmbito das alterações cognitivas verifica-se uma diminuição quanto à atenção, concentração e memória, o que pode ter repercussões muito negativas para as actividades diárias do sujeito, o que inclui o exercício profissional. Para além disso verificam-se alterações no padrão de sono, comportamento sexual, alimentar (Teixeira, 2005).

No que respeita às causas inerentes à tristeza patológica, pode estar relacionada com determinado acontecimento de vida, pelo que se denomina de tristeza patológica reactiva, ou por outro lado, pode não estar associada a acontecimentos externos, pelo que passa a ser considerada como endógena (Teixeira, 2005).

Em suma, a tristeza patológica é desproporcionada ao acontecimento que pode ter estado na sua origem, tem uma duração prolongada e é intensa pelo que afecta negativamente o funcionamento geral do indivíduo. Os estados depressivos dizem respeito a um conjunto de manifestações psicológicas e físicas, as quais podem ser: humor deprimido, perturbação psicomotora, auto-desvalorização, entre outras.

Assim, os estados depressivos podem ter várias modalidades: depressão ansiosa, depressões melancólicas, mascaradas e atípicas. O risco mais significativo associado à depressão é o risco de suicídio (Teixeira, 2005).

Os modelos mais adequados para classificar os transtornos depressivos suscitam discussão na comunidade científica. São dois os modelos de classificação: o categorial e o dimensional. No que respeita ao modelo categorial são contempladas classes integradas por determinadas características, que se excluem mutuamente. Este modelo, que visa aglutinar as informações que agrupam os indivíduos é frequentemente usado pela medicina. Por outro lado, o modelo dimensional também visa obter os mesmos resultados agrupando as características. Cada uma das dimensões têm um nível de saturação específico, isto é, cada dimensão tem uma preponderância distinta. O uso do modelo

dimensional é usado principalmente pela psicologia, mas também foi introduzido na psiquiatria (Pichot, 2005).

Importa ainda mencionar que para a classificação dos distúrbios depressivos habitualmente são usados em simultâneo os dois modelos previamente referidos.

## **5. IMPLICAÇÕES DO TRABALHO POR TURNOS NA QUALIDADE DO SONO, NÍVEIS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS NOS ENFERMEIROS**

As actividades profissionais cujo exercício implica que sejam estabelecidas relações interpessoais, são mais susceptíveis de provocar sintomas de stress, burnout e exaustão emocional. Assim, os profissionais de saúde constituem um exemplo de indivíduos cuja actividade é extremamente exigente, implica necessariamente relações interpessoais e para além disso estão expostos a muitos outros estímulos stressores (Neves de Jesus, 2004).

Uma vez que se torna inviável eliminar muitos dos estímulos stressores a que estes são expostos, a prevenção primária torna-se essencial, pelo que uma das estratégias possíveis para operacionalizar este objectivo, passa por promover formação contínua a estes profissionais, com o intuito de os capacitar de qualidades pessoais e interpessoais que lhes permita melhor gerir o stress (Neves de Jesus, 2004).

A Enfermagem é uma das profissões que se enquadra naquilo que foi anteriormente referido, uma vez que de acordo com o Artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96) os cuidados de enfermagem caracterizam-se por aspectos como os que se seguem: interacção entre o enfermeiro e o cliente dos cuidados, necessidade de estabelecer uma relação de ajuda com o utente, o qual pode estar são ou doente.

Assim, o exercício da profissão de Enfermagem implica que os enfermeiros estejam em constante contacto com o sofrimento dos outros, com situações em que é necessária uma intervenção rápida pois a vida de outro ser humano pode estar em risco e para além disso o exercício profissional implica uma grande responsabilidade na saúde e bem-estar do cliente de cuidados, pode conduzir muitas vezes para que os enfermeiros evidenciem elevados níveis de stress, depressão e ansiedade.

Para além das características inerentes à prática de enfermagem, o facto de os cuidados de saúde terem de estar disponíveis as 24 horas do dia, implica que estes profissionais tenham que trabalhar num regime de horário rotativo, ou seja que tenham que trabalhar por turnos.

As actividades laborais que implicam a adopção de um horário rotativo que inclui o horário nocturno contribuem de forma nefasta para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, tendo repercussões também na vida familiar e social. Este tipo de horário laboral promove alterações do ritmo biológico,

com consequências directas no funcionamento orgânico e no ciclo sono-vigília (Pires da Rocha, Figueiredo de Martino, 2010).

Por sua vez, a associação do stress associado à prática e às alterações no sono decorrente do trabalho por turnos são uma preocupação actual.

Estudos revelaram que o trabalho por turnos contribui para a diminuição da qualidade do sono (Rotenberg et al, 2001). Para além disso, num estudo especificamente com enfermeiros que trabalham por turnos evidenciou-se em 70% dos enfermeiros da amostra um sono insuficiente e falta de energia. Observaram ainda que a idade, a percepção de terem uma má qualidade de sono e os sintomas gastrointestinais constituem factores de risco que contribuem para um sono pobre e insuficiente (Chan, 2008).

Por seu lado, num outro estudo observou-se uma correlação positiva entre os níveis de stress e a qualidade de sono, pelo que níveis elevados de stress estavam associados a uma má qualidade de sono. Quanto ao efeito do trabalho por turnos, os resultados evidenciaram ter consequências na vida social e profissional dos enfermeiros, contudo, os autores verificaram alterações no padrão de sono nos enfermeiros que trabalham durante o turno diurno, tal como nos que fazem o turno nocturno, contudo explicaram estas alterações nos enfermeiros que trabalham durante o dia, através da grande carga de trabalho inerente ao turno da manhã o que promovia níveis de stress elevados (Pires da Rocha, Figueiredo de Martino, 2010).

Face ao exposto, as consequências do trabalho por turnos na qualidade do sono, níveis de ansiedade, depressão e stress nos enfermeiros, gera ainda controvérsia e dúvidas, motivo pelo qual deve haver um investimento em estudos que possam contribuir para clarificar este fenómeno.

Importa ainda reforçar que tudo aquilo que possa perturbar o bem-estar e a saúde dos enfermeiros terá implicações na qualidade dos cuidados e na segurança do utente, aspecto revelado num estudo de Teng, Shang e Hsu (2009), em que estudaram o impacto da estabilidade emocional dos enfermeiros na segurança do utente, tendo concluído que a estabilidade emocional é um factor predictor da segurança, pelo que para aumentar a qualidade dos cuidados, nomeadamente a segurança do paciente importa reduzir a frequência de acontecimentos adversos.

## ANEXO II – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH**  
(Versão Portuguesa para Investigação de Ramalho, J., 2008)

**Instruções:**

As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas se deitou, à noite, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?

MINUTOS QUE DEMOROU A ADORMECER: \_\_\_\_\_

- 3) Durante o mês passado, a que horas acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono dormiu por noite, normalmente? (pode ser diferente do número de horas que esteve na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: \_\_\_\_\_

- 5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir devido a:

	<i>Nenhuma vez</i>	<i>Menos de uma vez por semana</i>	<i>Uma ou duas vezes por semana</i>	<i>Três vezes por semana ou mais</i>
a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer				
b) Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo.				
c) Levantar-se para ir à casa de banho.				
d) Ter dificuldade em respirar.				
e) Tossir ou ressonar muito alto.				
f) Sentir muito frio.				
g) Sentir muito calor.				
h) Ter maus sonhos ou pesadelos.				
i) Sentir dores.				
j) Outra razão, por favor descreva:  _____  Quantas vezes teve problemas em dormir, devido a esta razão, durante o mês passado.				

6) Durante o mês passado tomou algum medicamento para dormir, receitado pelo médico, indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou por sua conta e risco?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

Se sim, quais?

---

---

7) Durante o mês passado teve problemas para permanecer acordado, durante as refeições ou enquanto participava numa qualquer actividade social?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

8) Durante o mês passado não sentiu vontade para trabalhar.

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (caso haja):

---

---

9) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

- Muito boa
- Boa
- Má
- Muito má

### ANEXO III – Escala de Ansiedade Depressão e Stress



## ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS-21

(Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, J.; Honrado, A.; & Leal, I., 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si ***durante a semana passada***. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

---

*A classificação é a seguinte:*

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

---

1 Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2 Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4 Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9 Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11 Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar .	0	1	2	3
13 Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15 Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível .	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

---

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

#### ANEXO IV – Questionário Sócio-demográfico

Exmo Sr/Sr<sup>a</sup> Enfermeiro/a:

No âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Psicologia do Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário que me encontro a frequentar, estou a realizar uma investigação, sob a orientação da Professora Doutora Ivone Patrão, com a qual pretendo estudar a *temática do sono em enfermeiros que trabalham por turnos*.

Assim, solicito a sua colaboração para o preenchimento do questionário (frente e verso) que se anexa. Importa salientar que será mantido o anonimato, assim como a confidencialidade dos dados, pelo que não deve escrever o seu nome em nenhuma folha do questionário.

Agradeço a sua preciosa colaboração.

Patrícia Baltar

E-mail: 14560@ispa.pt

## DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3) Estado civil:

Solteiro ☐

Casado ☐

Divorciado ☐

Viúvo ☐

Vive em união de facto ☐

Outro \_\_\_\_\_

4) N° de filhos: \_\_\_\_\_

5) Idade dos filhos (caso os tenha): \_\_\_\_\_

6) Local onde exerce Funções: Sector Privado ☐ Sector Público ☐

7) Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_ anos.

8) Tempo de exercício profissional em regime de turnos \_\_\_\_\_ anos.

9) Serviço(s) onde exerce funções: \_\_\_\_\_

10) Carga horária total por semana: \_\_\_\_\_ h.

11) Carga horária habitual por dia: \_\_\_\_\_ h.

12) Gosta de trabalhar em regime de turnos? : Sim ☐ Não ☐

13) Tipo de vínculo de trabalho: \_\_\_\_\_

14) Hábitos tabágicos: Sim ☐ Não ☐

15) Consumo de álcool ou drogas: Sim ☐ Não ☐

16) Foi-lhe diagnosticada alguma doença crónica? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

17) Como se sente habitualmente ao acordar? Cansado/a ☐ Enérgico/a ☐

18) Teve algum acontecimento de vida negativo nos últimos 6 meses (por exemplo: falecimento de um ente querido, ruptura de relação amorosa, conflitos no local de trabalho, entre outros)?

Sim ☐ Não ☐

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO V – Pedido de Autorização para utilização de EADS-21

fromPatrícia Baltar <pbaltar@gmail.com>  
tojlpr@fpce.up.pt,  
pbaltar <PBaltar@gmail.com>

dateSun, Nov 7, 2010 at 9:26 PM  
subjectPedido de autorização para utilização da EADS  
mailed-bygmail.com

hide details Nov 7 (3 days ago)

Exmo Srº Professor Doutor Pais-Ribeiro,

Patrícia Baltar, aluna do 2º ano do 2º ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia, do ISPA, está a desenvolver, sob a orientação da Srª Professora Ivone Patrão e no âmbito do curso, a sua dissertação de mestrado, com a qual pretende estudar a relação que existe entre a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress, de enfermeiros que trabalham por turnos, em hospitais da região de Lisboa.

Neste sentido para avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stress, pretendia utilizar o instrumento “Escala de Ansiedade, Depressão e Stress”, tendo constatado que o Srº Professor fez a adaptação do referido instrumento para a população portuguesa, solicito a sua autorização para a aplicação do mesmo à amostra em estudo.

Desde já agradeço a sua atenção e disponibilidade.

Atentamente Patrícia Baltar.

fromJosé Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
reply-tojlpr@fpce.up.pt

toPatrícia Baltar <pbaltar@gmail.com>

dateMon, Nov 8, 2010 at 8:09 AM  
subjectRe: Pedido de autorização para utilização da EADS  
mailed-byfpce.up.pt

hide details Nov 8 (2 days ago)

autorizo a utilização do questionário pedida abaixo

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ANEXO VI – Pedido de Autorização para utilização de IQSP

fromJoaquim Ramalho <ramalho@ufp.edu.pt>  
toPatrícia Baltar <pbaltar@gmail.com>

dateMon, Nov 8, 2010 at 1:20 PM  
subjectRe: Pedido de autorização para a utilização do IQSP

hide details Nov 8 (2 days ago)

Cara Dra. Patrícia Baltar

Autorizo a utilização do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

Votos de bom trabalho.

Cumprimentos,

No dia 7 de Novembro de 2010 21:04, Patrícia Baltar <pbaltar@gmail.com> escreveu:  
- Hide quoted text -

Exmo Srº Professor Doutor Joaquim Ramalho,

Patrícia Baltar, aluna do 2º ano do 2º ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia, do ISPA, está a desenvolver no âmbito do curso, a sua dissertação de mestrado, com a qual pretende estudar a relação que existe entre a qualidade de sono e os níveis de depressão, ansiedade e stress, de enfermeiros que trabalham por turnos, em hospitais da região de Lisboa.

Neste sentido para avaliar a qualidade de sono, pretendia utilizar o instrumento “Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh”, tendo constatado que o Srº Professor fez a adaptação do referido instrumento para a população portuguesa, solicito a sua autorização para a aplicação do mesmo à amostra em estudo.

Desde já agradeço a sua atenção e disponibilidade.

Atentamente Patrícia Baltar.



## ANEXO VII – Estatística

Teste de normalidade

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IQSP	,099	101	,016	,968	101	,014
C1	,347	101	,000	,791	101	,000
C2	,213	101	,000	,860	101	,000
C3	,234	101	,000	,812	101	,000
C4	,396	101	,000	,632	101	,000
C5	,359	101	,000	,736	101	,000
C6	,503	101	,000	,379	101	,000
C7	,268	101	,000	,850	101	,000
idade	,175	101	,000	,857	101	,000
sexo	,500	101	,000	,464	101	,000
estado_civil	,304	101	,000	,666	101	,000
n_filhos	,431	101	,000	,585	101	,000
sector	,330	101	,000	,764	101	,000
tmp_exercicio	,178	101	,000	,816	101	,000
exerc_turnos	,183	101	,000	,824	101	,000
carga_sem	,291	101	,000	,788	101	,000
carga_dia	,328	101	,000	,736	101	,000
gosto	,459	101	,000	,552	101	,000
hab_tabágicos	,464	101	,000	,545	101	,000
hab_álcool	,538	101	,000	,276	101	,000
dça_cronica	,516	101	,000	,409	101	,000
sente_acordar	,399	101	,000	,617	101	,000
acon_vida_neg	,419	101	,000	,601	101	,000
DEPRESSAO	,208	101	,000	,841	101	,000
ANSIEDADE	,238	101	,000	,767	101	,000
STRESS	,109	101	,005	,928	101	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality <sup>b</sup>						
Vínculo_trabalho		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Sig.
IQSP	CIT	,092	91	,050	,969	,029
	Ambos	,152	9	,200*	,960	,793

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

b. IQSP is constant when Vínculo\_trabalho = Prestação de serviços. It has been omitted.

Tests of Normality							
Serviço		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IQSP	pediatria	,108	37	,200 <sup>+</sup>	,971	37	,424
	UCIN	,218	13	,093	,891	13	,101
	Urgência	,160	11	,200 <sup>+</sup>	,921	11	,326
	Medicina	,098	20	,200 <sup>+</sup>	,960	20	,543
	Cirurgia	,260	2				
	Bloco de Partos	,255	9	,096	,912	9	,329
	Acumulam dois serviços	,192	9	,200 <sup>+</sup>	,906	9	,286

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Consistência interna IQSP

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,657	7

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	4,94	6,936	,588	,561
C2	5,21	6,346	,461	,590
C3	5,48	7,912	,244	,656
C4	5,76	7,123	,339	,632
C5	5,12	7,646	,497	,597
C6	6,06	8,256	,209	,662
C7	5,16	7,575	,311	,638

Consistência Interna da EADS-21

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,907	21

Consistência Interna Sub-escala Depressão

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,798	6

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS3	2,17	5,381	,519	,775
EADS5	1,89	5,478	,464	,789
EADS10	2,22	5,112	,699	,732
EADS13	1,92	5,294	,522	,775
EADS17	2,20	5,360	,613	,753
EADS21	2,38	6,017	,548	,773

Consistência Interna Sub-escala Ansiedade

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,743	7

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS2	1,43	4,727	,419	,728
EADS4	1,79	5,366	,390	,727
EADS19	1,48	3,912	,667	,654
EADS7	1,71	5,167	,497	,706
EADS9	1,75	5,308	,409	,723
EADS15	1,83	5,481	,493	,713
EADS20	1,71	5,367	,403	,724

Consistência Interna Sub-escala Stress

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,873	7

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS1	4,40	11,582	,613	,860
EADS6	4,23	10,718	,694	,849
EADS8	4,40	10,762	,723	,845
EADS11	4,45	11,630	,647	,856
EADS12	4,13	10,753	,724	,845
EADS14	4,52	11,892	,577	,864
EADS18	4,00	11,120	,596	,864

Estatística descritiva IQSP

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IQSP	101	0	14	6,29	3,087
Valid N (listwise)	101				

IQSP\_intervalos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=5	46	45,1	45,5	45,5
	>5	55	53,9	54,5	100,0
	Total	101	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		102	100,0		

### Exploração de Associações do IQSP com as variáveis sócio-demográficas

IQSP\_intervalos \* idade\_categorias Crosstabulation

			idade_categorias					Total
			21-26	27-32	33-38	39-44	>=45	
IQSP_intervalos	<=5	Count	15	18	10	1	2	46
		Expected Count	12,3	21,0	7,7	2,3	2,7	46,0
	>5	Count	12	28	7	4	4	55
		Expected Count	14,7	25,0	9,3	2,7	3,3	55,0
Total		Count	27	46	17	5	6	101
		Expected Count	27,0	46,0	17,0	5,0	6,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,739 <sup>a</sup>	4	,315	,334 <sup>b</sup>	,322	,346	,195 <sup>b</sup>	,185	,206
Likelihood Ratio	4,862	4	,302	,342 <sup>b</sup>	,330	,354			
Fisher's Exact Test	4,568			,350 <sup>b</sup>	,337	,362			
Linear-by-Linear Association	,940 <sup>c</sup>	1	,332	,356 <sup>b</sup>	,343	,368			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,28.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is ,969.

### IQSP\_intervalos \* sexo Crosstabulation

			sexo		Total
			feminino	masculino	
IQSP_intervalos	<=5	Count	37	9	46
		Expected Count	37,8	8,2	46,0
	>5	Count	46	9	55
		Expected Count	45,2	9,8	55,0
Total	Count		83	18	101
	Expected Count		83,0	18,0	101,0

# Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,175 <sup>a</sup>	1	,675	,795	,436
Continuity Correction <sup>b</sup>	,025	1	,875		
Likelihood Ratio	,175	1	,676		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,174	1	,677		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,20.

b. Computed only for a 2x2 table

## IQSP\_intervalos \* estado\_civil Crosstabulation

			estado_civil				Total
			solteiro	casado	divorciado	união de facto	
IQSP_intervalos	<=5	Count	25	17	0	4	46
		Expected Count	23,7	15,5	1,8	5,0	46,0
	>5	Count	27	17	4	7	55
		Expected Count	28,3	18,5	2,2	6,0	55,0
Total	Count		52	34	4	11	101
	Expected Count		52,0	34,0	4,0	11,0	101,0



### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		Monte Carlo Sig. (1-sided)	
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.
					Lower Bound	Upper Bound	
Pearson Chi-Square	4,126 <sup>a</sup>	3	,248	,262 <sup>b</sup>	,250	,273	
Likelihood Ratio	5,648	3	,130	,180 <sup>b</sup>	,170	,189	
Fisher's Exact Test	3,833			,295 <sup>b</sup>	,283	,307	
Linear-by-Linear Association	,994 <sup>c</sup>	1	,319	,340 <sup>b</sup>	,328	,352	,184 <sup>b</sup>
N of Valid Cases	101						

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,82.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c. The standardized statistic is ,997.

### IQSP\_intervalos \* n\_filhos\_nominal Crosstabulation

			n_filhos_nominal		Total
			Sem Filhos	Com Filhos	
IQSP_intervalos	<=5	Count	34	12	46
		Expected Count	34,2	11,8	46,0
	>5	Count	41	14	55
		Expected Count	40,8	14,2	55,0
Total	Count		75	26	101
	Expected Count		75,0	26,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,005 <sup>a</sup>	1	,942	1,000	,561
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,005	1	,942		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,005	1	,943		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,84.

b. Computed only for a 2x2 table

### IQSP\_intervalos \* sector Crosstabulation

			sector			Total
			privado	público	3	
IQSP_intervalos	<=5	Count	12	28	6	46
		Expected Count	11,4	28,7	5,9	46,0
	>5	Count	13	35	7	55
		Expected Count	13,6	34,3	7,1	55,0
Total	Count		25	63	13	101
	Expected Count		25,0	63,0	13,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,093 <sup>a</sup>	2	,954
Likelihood Ratio	,093	2	,954
Linear-by-Linear Association	,031	1	,860
N of Valid Cases	101		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,92.

### IQSP\_intervalos \* intervalos\_exer\_turnos Crosstabulation

			intervalos_exer_turnos				Total
			1-5	6-10	11-15	>=16	
IQSP_intervalos	<=5	Count	20	13	10	3	46
		Expected Count	21,0	13,7	6,8	4,6	46,0
	>5	Count	26	17	5	7	55
		Expected Count	25,0	16,3	8,2	5,4	55,0
Total	Count	46	30	15	10	101	
	Expected Count	46,0	30,0	15,0	10,0	101,0	

# Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,811 <sup>a</sup>	3	,283
Likelihood Ratio	3,861	3	,277
Linear-by-Linear Association	,041	1	,840
N of Valid Cases	101		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,55.

## IQSP\_intervalos \* Serviço Crosstabulation

			Serviço							Total
			pediatria	UCIN	Urgência	Medicina	Cirurgia	Bloco de Partos	Acumulam dois serviços	
IQSP_intervalos	<=5	Count	15	6	5	9	0	5	6	46
		Expected Count	16,9	5,9	5,0	9,1	,9	4,1	4,1	46,0
	>5	Count	22	7	6	11	2	4	3	55
		Expected Count	20,1	7,1	6,0	10,9	1,1	4,9	4,9	55,0
Total	Count		37	13	11	20	2	9	9	101
	Expected Count		37,0	13,0	11,0	20,0	2,0	9,0	9,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,033 <sup>a</sup>	6	,672	,707 <sup>b</sup>	,695	,719	,132 <sup>b</sup>	,123	,141
Likelihood Ratio	4,801	6	,570	,662 <sup>b</sup>	,649	,674			
Fisher's Exact Test	3,761			,743 <sup>b</sup>	,731	,754			
Linear-by-Linear Association	1,389 <sup>c</sup>	1	,239	,263 <sup>b</sup>	,252	,275			
N of Valid Cases	101								

a. 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c. The standardized statistic is -1,178.

### IQSP\_intervalos \* intervalos\_carga\_sem Crosstabulation

			intervalos_carga_sem			Total	
			35-42	43-63	>64		
IQSP_intervalos	<=5	Count	29	9	8	46	
		Expected Count	29,1	9,6	7,3	46,0	
	>5	Count	35	12	8	55	
		Expected Count	34,9	11,4	8,7	55,0	
Total			Count	64	21	16	101
			Expected Count	64,0	21,0	16,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,191 <sup>a</sup>	2	,909
Likelihood Ratio	,190	2	,909
Linear-by-Linear Association	,052	1	,820
N of Valid Cases	101		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,29.

### IQSP\_intervalos \* gosto Crosstabulation

			gosto		Total
			sim	não	
IQSP_intervalos	<=5	Count	32	14	46
		Expected Count	33,7	12,3	46,0
	>5	Count	42	13	55
		Expected Count	40,3	14,7	55,0
Total	Count		74	27	101
	Expected Count		74,0	27,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,591 <sup>a</sup>	1	,442	,502	,293
Continuity Correction <sup>b</sup>	,295	1	,587		
Likelihood Ratio	,589	1	,443		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,585	1	,444		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,30.

b. Computed only for a 2x2 table

**IQSP\_intervalos \* Vínculo\_trabalho Crosstabulation**

			Vínculo_trabalho			Total
			CIT	Prestação de serviços	Ambos	
IQSP_intervalos	<=5	Count	39	1	6	46
		Expected Count	41,4	,5	4,1	46,0
	>5	Count	52	0	3	55
		Expected Count	49,6	,5	4,9	55,0
Total	Count		91	1	9	101
	Expected Count		91,0	1,0	9,0	101,0

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,080 <sup>a</sup>	2	,214	,232 <sup>b</sup>	,221	,243	,099 <sup>b</sup>	,091	,106
Likelihood Ratio	3,466	2	,177	,232 <sup>b</sup>	,221	,243			
Fisher's Exact Test	2,965			,178 <sup>b</sup>	,168	,187			
Linear-by-Linear Association	2,256 <sup>c</sup>	1	,133	,183 <sup>b</sup>	,173	,193			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c. The standardized statistic is -1,502.

**IQSP\_intervalos \* hab\_tabágicos Crosstabulation**

			hab_tabágicos		Total
			sim	não	
IQSP_intervalos	<=5	Count	7	39	46
		Expected Count	11,8	34,2	46,0
	>5	Count	19	36	55
		Expected Count	14,2	40,8	55,0
Total	Count		26	75	101
	Expected Count		26,0	75,0	101,0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,895 <sup>a</sup>	1	,027	,039	,022
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,936	1	,047		
Likelihood Ratio	5,071	1	,024		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,847	1	,028		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,84.

b. Computed only for a 2x2 table

**Correlations**

			IQSP	hab_tabágicos
Spearman's rho	IQSP	Correlation Coefficient	1,000	-,169
		Sig. (2-tailed)	.	,091
		N	101	101
	hab_tabágicos	Correlation Coefficient	-,169	1,000
		Sig. (2-tailed)	,091	.
		N	101	101

**IQSP\_intervalos \* hab\_álcool Crosstabulation**

			hab_álcool		Total
			sim	não	
IQSP_intervalos	<=5	Count	2	44	46
		Expected Count	3,2	42,8	46,0
	>5	Count	5	50	55
		Expected Count	3,8	51,2	55,0
Total	Count		7	94	101
	Expected Count		7,0	94,0	101,0



**Chi-Square Tests<sup>d</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,874 <sup>a</sup>	1	,350	,450	,299	
Continuity Correction <sup>b</sup>	,293	1	,588			
Likelihood Ratio	,908	1	,341	,450	,299	
Fisher's Exact Test				,450	,299	
Linear-by-Linear Association	,865 <sup>c</sup>	1	,352	,450	,299	,209
N of Valid Cases	101					

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,19.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -,930.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**IQSP\_intervalos \* dça\_cronica Crosstabulation**

			dça_cronica		Total
			sim	não	
IQSP_intervalos	<=5	Count	4	42	46
		Expected Count	6,4	39,6	46,0
	>5	Count	10	45	55
		Expected Count	7,6	47,4	55,0
Total	Count		14	87	101
	Expected Count		14,0	87,0	101,0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,888 <sup>a</sup>	1	,169	,249	,139
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,177	1	,278		
Likelihood Ratio	1,957	1	,162		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,869	1	,172		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,38.

b. Computed only for a 2x2 table

**IQSP\_intervalos \* sente\_acordar Crosstabulation**

			sente_acordar		Total
			cansado/a	energico/a	
IQSP_intervalos	<=5	Count	22	24	46
		Expected Count	28,2	17,8	46,0
	>5	Count	40	15	55
		Expected Count	33,8	21,2	55,0
Total	Count		62	39	101
	Expected Count		62,0	39,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,553 <sup>a</sup>	1	,010	,014	,009
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,544	1	,019		
Likelihood Ratio	6,595	1	,010		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,488	1	,011		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,76.

b. Computed only for a 2x2 table

### Correlations

			IQSP	sente_acordar
Spearman's rho	IQSP	Correlation Coefficient	1,000	-,334**
		Sig. (2-tailed)	.	,001
		N	101	101
	sente_acordar	Correlation Coefficient	-,334**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	.
		N	101	101

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### IQSP\_intervalos \* acon\_vida\_neg Crosstabulation

			acon_vida_neg		Total
			sim	não	
IQSP_intervalos	<=5	Count	11	35	46
		Expected Count	15,9	30,1	46,0
	>5	Count	24	31	55
		Expected Count	19,1	35,9	55,0
Total	Count		35	66	101
	Expected Count		35,0	66,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,303 <sup>a</sup>	1	,038	,058	,030
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,476	1	,062		
Likelihood Ratio	4,386	1	,036		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,261	1	,039		
N of Valid Cases	101				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,94.

b. Computed only for a 2x2 table

### Correlations

			IQSP	acon_vida_neg
Spearman's rho	IQSP	Correlation Coefficient	1,000	-,266**
		Sig. (2-tailed)	.	,007
		N	101	101
	acon_vida_neg	Correlation Coefficient	-,266**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,007	.
		N	101	101

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Outputs exploração de associações entre a sub-escala ansiedade e as variáveis sócio-demográficas

**Ansiedade\_intervalos \* idade\_categorias Crosstabulation**

			idade_categorias					Total
			21-26	27-32	33-38	39-44	>=45	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	25	38	17	5	4	89
		Expected Count	23,8	40,5	15,0	4,4	5,3	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	2	7	0	0	2	11
		Expected Count	2,9	5,0	1,9	,5	,7	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	0	0	0	1
		Expected Count	,3	,5	,2	,0	,1	1,0
Total	Count		27	46	17	5	6	101
	Expected Count		27,0	46,0	17,0	5,0	6,0	101,0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,343 <sup>a</sup>	8	,401	,288 <sup>b</sup>	,276	,300			
Likelihood Ratio	10,091	8	,259	,149 <sup>b</sup>	,139	,158			
Fisher's Exact Test	9,987			,250 <sup>b</sup>	,239	,261			
Linear-by-Linear Association	,185 <sup>c</sup>	1	,667	,699 <sup>b</sup>	,688	,711	,361 <sup>b</sup>	,349	,374
N of Valid Cases	101								

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 205597102.

c. The standardized statistic is ,430.

**Ansiedade\_intervalos \* estado\_civil Crosstabulation**

			estado_civil				Total
			solteiro	casado	divorciado	união de facto	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	46	31	2	10	89
		Expected Count	45,8	30,0	3,5	9,7	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	6	2	2	1	11
		Expected Count	5,7	3,7	,4	1,2	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	0	0	1
		Expected Count	,5	,3	,0	,1	1,0
Total	Count	52	34	4	11	101	
	Expected Count	52,0	34,0	4,0	11,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,130 <sup>a</sup>	6	,166	,204 <sup>b</sup>	,194	,215			
Likelihood Ratio	6,970	6	,324	,236 <sup>b</sup>	,225	,247			
Fisher's Exact Test	9,326			,139 <sup>b</sup>	,130	,148			
Linear-by-Linear Association	,043 <sup>c</sup>	1	,837	,911 <sup>b</sup>	,903	,918	,432 <sup>b</sup>	,419	,445
N of Valid Cases	101								

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 792558341.

c. The standardized statistic is ,206.

**Ansiedade\_intervalos \* n\_filhos\_nominal Crosstabulation**

			n_filhos_nominal		Total
			Sem Filhos	Com Filhos	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	65	24	89
		Expected Count	66,1	22,9	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	9	2	11
		Expected Count	8,2	2,8	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
Total	Count	75	26	101	
	Expected Count	75,0	26,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,745 <sup>a</sup>	2	,689	,797 <sup>b</sup>	,786	,807			
Likelihood Ratio	1,019	2	,601	,797 <sup>b</sup>	,786	,807			
Fisher's Exact Test	,701			,797 <sup>b</sup>	,786	,807			
Linear-by-Linear Association	,705 <sup>c</sup>	1	,401	,553 <sup>b</sup>	,541	,566	,318 <sup>b</sup>	,306	,330
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 79996689.

c. The standardized statistic is -,839.

**Ansiedade\_intervalos \* sector Crosstabulation**

			sector			Total
			privado	público	3	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	21	57	11	89
		Expected Count	22,0	55,5	11,5	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	4	5	2	11
		Expected Count	2,7	6,9	1,4	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	0	1
		Expected Count	,2	,6	,1	1,0
Total	Count	25	63	13	101	
	Expected Count	25,0	63,0	13,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,054 <sup>a</sup>	4	,726	,735 <sup>b</sup>	,724	,746			
Likelihood Ratio	2,345	4	,673	,735 <sup>b</sup>	,724	,746			
Fisher's Exact Test	3,085			,647 <sup>b</sup>	,635	,660			
Linear-by-Linear Association	,043 <sup>c</sup>	1	,837	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000	,508 <sup>b</sup>	,496	,521
N of Valid Cases	101								

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

c. The standardized statistic is -,206.



**Ansiedade\_intervalos \* intervalos\_exer\_turnos Crosstabulation**

			intervalos_exer_turnos				Total
			1-5	6-10	11-15	>=16	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	39	27	15	8	89
		Expected Count	40,5	26,4	13,2	8,8	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	6	3	0	2	11
		Expected Count	5,0	3,3	1,6	1,1	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	0	0	1
		Expected Count	,5	,3	,1	,1	1,0
Total	Count	46	30	15	10	101	
	Expected Count	46,0	30,0	15,0	10,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,194 <sup>a</sup>	6	,650	,594 <sup>b</sup>	,581	,606			
Likelihood Ratio	6,034	6	,419	,413 <sup>b</sup>	,400	,425			
Fisher's Exact Test	5,283			,566 <sup>b</sup>	,553	,578			
Linear-by-Linear Association	,502 <sup>c</sup>	1	,479	,499 <sup>b</sup>	,486	,511	,290 <sup>b</sup>	,278	,302
N of Valid Cases	101								

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c. The standardized statistic is -,709.

**Ansiedade\_intervalos \* Serviço Crosstabulation**

			Serviço							Total
			pediatria	UCIN	Urgência	Medicina	Cirurgia	Bloco de Partos	Acumulam dois serviços	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	33	12	11	15	2	8	8	89
		Expected Count	32,6	11,5	9,7	17,6	1,8	7,9	7,9	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	3	1	0	5	0	1	1	11
		Expected Count	4,0	1,4	1,2	2,2	,2	1,0	1,0	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	0	0	0	0	0	1
		Expected Count	,4	,1	,1	,2	,0	,1	,1	1,0
Total	Count	37	13	11	20	2	9	9	101	
	Expected Count	37,0	13,0	11,0	20,0	2,0	9,0	9,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,818 <sup>a</sup>	12	,799	,726 <sup>b</sup>	,715	,738			
Likelihood Ratio	8,574	12	,739	,648 <sup>b</sup>	,635	,660			
Fisher's Exact Test	11,828			,692 <sup>b</sup>	,680	,704			
Linear-by-Linear Association	,018 <sup>c</sup>	1	,893	,948 <sup>b</sup>	,942	,954	,455 <sup>b</sup>	,442	,468
N of Valid Cases	101								

a. 15 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 391318613.

c. The standardized statistic is ,135.

**Ansiedade\_intervalos \* intervalos\_carga\_sem Crosstabulation**

			intervalos_carga_sem			Total
			35-42	43-63	>64	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	56	20	13	89
		Expected Count	56,4	18,5	14,1	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	7	1	3	11
		Expected Count	7,0	2,3	1,7	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	0	1
		Expected Count	,6	,2	,2	1,0
Total	Count	64	21	16	101	
	Expected Count	64,0	21,0	16,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,419 <sup>a</sup>	4	,659	,678 <sup>b</sup>	,665	,690			
Likelihood Ratio	2,785	4	,594	,624 <sup>b</sup>	,612	,636			
Fisher's Exact Test	2,918			,664 <sup>b</sup>	,652	,676			
Linear-by-Linear Association	,004 <sup>c</sup>	1	,949	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000	,525 <sup>b</sup>	,512	,537
N of Valid Cases	101								

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 263739791.

c. The standardized statistic is ,065.

**Ansiedade\_intervalos \* gosto Crosstabulation**

			gosto		Total
			sim	não	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	65	24	89
		Expected Count	65,2	23,8	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	9	2	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
Total	Count	74	27	101	
	Expected Count	74,0	27,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,154 <sup>a</sup>	2	,207	,235 <sup>b</sup>	,224	,246	,476 <sup>b</sup>	,463	,488
Likelihood Ratio	3,086	2	,214	,235 <sup>b</sup>	,224	,246			
Fisher's Exact Test	2,696			,235 <sup>b</sup>	,224	,246			
Linear-by-Linear Association	,104 <sup>c</sup>	1	,747	,758 <sup>b</sup>	,747	,769			
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1110856691.

c. The standardized statistic is ,323.

**Ansiedade\_intervalos \* Vínculo\_trabalho Crosstabulation**

			Vínculo_trabalho			Total
			CIT	Prestação de serviços	Ambos	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	80	1	8	89
		Expected Count	80,2	,9	7,9	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	10	0	1	11
		Expected Count	9,9	,1	1,0	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	0	1
		Expected Count	,9	,0	,1	1,0
Total	Count	91	1	9	101	
	Expected Count	91,0	1,0	9,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,237 <sup>a</sup>	4	,994	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,444	4	,979	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	4,613			1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,045 <sup>c</sup>	1	,833	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000	,630 <sup>b</sup>	,617	,642
N of Valid Cases	101								

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1831435319.

c. The standardized statistic is -,211.

**Ansiedade\_intervalos \* hab\_tabágicos Crosstabulation**

			hab_tabágicos		Total
			sim	não	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	22	67	89
		Expected Count	22,9	66,1	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	4	7	11
		Expected Count	2,8	8,2	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
Total	Count	26	75	101	
	Expected Count	26,0	75,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,045 <sup>a</sup>	2	,593	,605 <sup>b</sup>	,593	,618			
Likelihood Ratio	1,247	2	,536	,605 <sup>b</sup>	,593	,618			
Fisher's Exact Test	1,279			,605 <sup>b</sup>	,593	,618			
Linear-by-Linear Association	,166 <sup>c</sup>	1	,684	,761 <sup>b</sup>	,750	,772	,443 <sup>b</sup>	,431	,456 <sup>b</sup>
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1810951851.

c. The standardized statistic is -,407.

**Ansiedade\_intervalos \* hab\_álcool Crosstabulation**

			hab_álcool		Total
			sim	não	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	6	83	89
		Expected Count	6,2	82,8	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	1	10	11
		Expected Count	,8	10,2	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	1
		Expected Count	,1	,9	1,0
Total	Count	7	94	101	
	Expected Count	7,0	94,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,159 <sup>a</sup>	2	,924	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,222	2	,895	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,515			,604 <sup>b</sup>	,592	,617			
Linear-by-Linear Association	,011 <sup>c</sup>	1	,915	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000	,604 <sup>b</sup>	,592	,617
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2129180967.

c. The standardized statistic is -,106.

**Ansiedade\_intervalos \* dça\_cronica Crosstabulation**

			dça_cronica		Total
			sim	não	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	8	81	89
		Expected Count	12,3	76,7	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	5	6	11
		Expected Count	1,5	9,5	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	1
		Expected Count	,1	,9	1,0
Total	Count	14	87	101	
	Expected Count	14,0	87,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17,180 <sup>a</sup>	2	,000	,002 <sup>b</sup>	,001	,003			
Likelihood Ratio	12,329	2	,002	,002 <sup>b</sup>	,001	,003			
Fisher's Exact Test	13,024			,002 <sup>b</sup>	,001	,003			
Linear-by-Linear Association	16,812 <sup>c</sup>	1	,000	,001 <sup>b</sup>	,000	,002	,001 <sup>b</sup>	,000	,002
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1291153757.

c. The standardized statistic is -4,100.



**Ansiedade\_intervalos \* sente\_acordar Crosstabulation**

			sente acordar		Total
			cansado/a	enérgico/a	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	53	36	89
		Expected Count	54,6	34,4	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	8	3	11
		Expected Count	6,8	4,2	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	1
		Expected Count	,6	,4	1,0
Total	Count	62	39	101	
	Expected Count	62,0	39,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,352 <sup>a</sup>	2	,509	,707 <sup>b</sup>	,696	,719			
Likelihood Ratio	1,728	2	,421	,707 <sup>b</sup>	,696	,719			
Fisher's Exact Test	1,229			,707 <sup>b</sup>	,696	,719			
Linear-by-Linear Association	1,279 <sup>c</sup>	1	,258	,287 <sup>b</sup>	,276	,299	,203 <sup>b</sup>	,193	,213
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1156607048.

c. The standardized statistic is -1,131.

**Ansiedade\_intervalos \* acon\_vida\_neg Crosstabulation**

			acon_vida_neg		Total
			sim	não	
Ansiedade_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	28	61	89
		Expected Count	30,8	58,2	89,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	6	5	11
		Expected Count	3,8	7,2	11,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	0	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
Total	Count	35	66	101	
	Expected Count	35,0	66,0	101,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,208 <sup>a</sup>	2	,122	,094 <sup>b</sup>	,087	,102			
Likelihood Ratio	4,340	2	,114	,122 <sup>b</sup>	,113	,130			
Fisher's Exact Test	4,076			,122 <sup>b</sup>	,113	,130			
Linear-by-Linear Association	4,008 <sup>c</sup>	1	,045	,079 <sup>b</sup>	,072	,086	,046 <sup>b</sup>	,040	,051
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1039640005.

c. The standardized statistic is -2,002.

**Correlations**

			ANSIEDADE	dça_cronica
Spearman's rho	ANSIEDADE	Correlation Coefficient	1,000	-,173
		Sig. (2-tailed)	.	,083
		N	101	101
	dça_cronica	Correlation Coefficient	-,173	1,000
		Sig. (2-tailed)	,083	.
		N	101	101

## Outputs exploração de associações da sub-escala depressão às variáveis sócio-demográficas

Depressão\_intervalos \* idade\_categorias Crosstabulation

			idade_categorias					Total
			21-26	27-32	33-38	39-44	>=45	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	22	38	12	2	4	78
		Expected Count	20,9	35,5	13,1	3,9	4,6	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	5	8	4	3	1	21
		Expected Count	5,6	9,6	3,5	1,0	1,2	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	0	1	0	1	2
		Expected Count	,5	,9	,3	,1	,1	2,0
Total	Count	27	46	17	5	6	101	
	Expected Count	27,0	46,0	17,0	5,0	6,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,834 <sup>a</sup>	8	,062	,073 <sup>b</sup>	,067	,080			
Likelihood Ratio	10,841	8	,211	,179 <sup>b</sup>	,169	,188			
Fisher's Exact Test	12,088			,088 <sup>b</sup>	,081	,096			
Linear-by-Linear Association	5,090 <sup>c</sup>	1	,024	,023 <sup>b</sup>	,019	,027	,019 <sup>b</sup>	,015	,022
N of Valid Cases	101								

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is 2,256.

Depressão\_intervalos \* sexo Crosstabulation

			sexo		Total
			feminino	masculino	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	66	12	78
		Expected Count	64,1	13,9	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	15	6	21
		Expected Count	17,3	3,7	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
Total	Count	83	18	101	
	Expected Count	83,0	18,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,407 <sup>a</sup>	2	,300	,272 <sup>b</sup>	,260	,283	,277 <sup>b</sup>	,265	,288
Likelihood Ratio	2,572	2	,276	,224 <sup>b</sup>	,213	,234			
Fisher's Exact Test	2,211			,317 <sup>b</sup>	,305	,329			
Linear-by-Linear Association	,707 <sup>c</sup>	1	,400	,419 <sup>b</sup>	,407	,432			
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c. The standardized statistic is ,841.

Depressão\_intervalos \* estado\_civil Crosstabulation

			estado_civil				Total
			solteiro	casado	divorciado	união de facto	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	39	27	2	10	78
		Expected Count	40,2	26,3	3,1	8,5	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	12	6	2	1	21
		Expected Count	10,8	7,1	,8	2,3	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	0	0	2
		Expected Count	1,0	,7	,1	,2	2,0
Total	Count	52	34	4	11	101	
	Expected Count	52,0	34,0	4,0	11,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,819 <sup>a</sup>	6	,701	,663 <sup>b</sup>	,651	,675			
Likelihood Ratio	3,868	6	,695	,753 <sup>b</sup>	,742	,764			
Fisher's Exact Test	4,900			,592 <sup>b</sup>	,579	,604			
Linear-by-Linear Association	,802 <sup>c</sup>	1	,370	,394 <sup>b</sup>	,381	,406	,210 <sup>b</sup>	,199	,220
N of Valid Cases	101								

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c. The standardized statistic is -,896.

Depressão\_intervalos \* n\_filhos\_nominal Crosstabulation

			n_filhos_nominal		Total
			Sem Filhos	Com Filhos	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	58	20	78
		Expected Count	57,9	20,1	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	16	5	21
		Expected Count	15,6	5,4	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
Total	Count	75	26	101	
	Expected Count	75,0	26,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,657 <sup>a</sup>	2	,720	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,579	2	,749	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,072			,677 <sup>b</sup>	,665	,689			
Linear-by-Linear Association	,072 <sup>c</sup>	1	,788	,817 <sup>b</sup>	,807	,827	,474 <sup>b</sup>	,461	,486
N of Valid Cases	101								

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,51.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c. The standardized statistic is ,269.

Depressão\_intervalos \* sector Crosstabulation

			sector			Total
			privado	público	3	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	21	49	8	78
		Expected Count	19,3	48,7	10,0	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	4	12	5	21
		Expected Count	5,2	13,1	2,7	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	2	0	2
		Expected Count	,5	1,2	,3	2,0
Total	Count	25	63	13	101	
	Expected Count	25,0	63,0	13,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,092 <sup>a</sup>	4	,394	,379 <sup>b</sup>	,366	,391			
Likelihood Ratio	4,432	4	,351	,366 <sup>b</sup>	,353	,378			
Fisher's Exact Test	3,509			,435 <sup>b</sup>	,422	,448			
Linear-by-Linear Association	1,889 <sup>c</sup>	1	,169	,235 <sup>b</sup>	,224	,246	,118 <sup>b</sup>	,110	,126
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c. The standardized statistic is 1,375.



Depressão\_intervalos \* intervalos\_exer\_turnos Crosstabulation

			intervalos_exer_turnos				Total
			1-5	6-10	11-15	>=16	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	37	23	13	5	78
		Expected Count	35,5	23,2	11,6	7,7	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	9	6	2	4	21
		Expected Count	9,6	6,2	3,1	2,1	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	1	0	1	2
		Expected Count	,9	,6	,3	,2	2,0
Total	Count	46	30	15	10	101	
	Expected Count	46,0	30,0	15,0	10,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,147 <sup>a</sup>	6	,228	,197 <sup>b</sup>	,187	,208	,071 <sup>b</sup>	,065	,078
Likelihood Ratio	7,503	6	,277	,295 <sup>b</sup>	,283	,306			
Fisher's Exact Test	7,524			,208 <sup>b</sup>	,197	,218			
Linear-by-Linear Association	2,620 <sup>c</sup>	1	,106	,119 <sup>b</sup>	,111	,127			
N of Valid Cases	101								

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c. The standardized statistic is 1,619.

Depressão\_intervalos \* Serviço Crosstabulation

			Serviço							Total	
			pediatria	UCIN	Urgência	Medicina	Cirurgia	Bloco de Partos	Acumulam dois serviços		
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	29	7	9	17	1	6	9	78	
		Expected Count	28,6	10,0	8,5	15,4	1,5	7,0	7,0	78,0	
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	7	5	2	3	1	3	0	21	
		Expected Count	7,7	2,7	2,3	4,2	,4	1,9	1,9	21,0	
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	0	0	0	0	0	2	
		Expected Count	,7	,3	,2	,4	,0	,2	,2	2,0	
	Total		Count	37	13	11	20	2	9	9	101
			Expected Count	37,0	13,0	11,0	20,0	2,0	9,0	9,0	101,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,035 <sup>a</sup>	12	,526	,468 <sup>b</sup>	,455	,481			
Likelihood Ratio	12,382	12	,415	,369 <sup>b</sup>	,357	,382			
Fisher's Exact Test	13,171			,329 <sup>b</sup>	,317	,341			
Linear-by-Linear Association	1,281 <sup>c</sup>	1	,258	,289 <sup>b</sup>	,277	,301	,142 <sup>b</sup>	,133	,151
N of Valid Cases	101								

a. 14 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c. The standardized statistic is -1,132.

Depressão\_intervalos \* intervalos\_carga\_sem Crosstabulation

			intervalos_carga_sem			Total
			35-42	43-63	>64	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	52	13	13	78
		Expected Count	49,4	16,2	12,4	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	11	7	3	21
		Expected Count	13,3	4,4	3,3	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	0	2
		Expected Count	1,3	,4	,3	2,0
Total	Count	64	21	16	101	
	Expected Count	64,0	21,0	16,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,020 <sup>a</sup>	4	,403	,367 <sup>b</sup>	,354	,379			
Likelihood Ratio	3,930	4	,416	,455 <sup>b</sup>	,442	,467			
Fisher's Exact Test	4,276			,337 <sup>b</sup>	,324	,349			
Linear-by-Linear Association	,271 <sup>c</sup>	1	,602	,676 <sup>b</sup>	,664	,688	,337 <sup>b</sup>	,324	,349
N of Valid Cases	101								

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c. The standardized statistic is ,521.

Depressão\_intervalos \* gosto Crosstabulation

			gosto		Total
			sim	não	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	58	20	78
		Expected Count	57,1	20,9	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	15	6	21
		Expected Count	15,4	5,6	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
Total	Count	74	27	101	
	Expected Count	74,0	27,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,637 <sup>a</sup>	2	,727	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,572	2	,751	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,105			,604 <sup>b</sup>	,591	,616			
Linear-by-Linear Association	,384 <sup>c</sup>	1	,535	,635 <sup>b</sup>	,623	,648	,342 <sup>b</sup>	,330	,355
N of Valid Cases	101								

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,53.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c. The standardized statistic is ,620.

Depressão\_intervalos \* Vínculo\_trabalho Crosstabulation

			Vínculo_trabalho			Total
			CIT	Prestação de serviços	Ambos	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	70	1	7	78
		Expected Count	70,3	,8	7,0	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	19	0	2	21
		Expected Count	18,9	,2	1,9	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	2	0	0	2
		Expected Count	1,8	,0	,2	2,0
Total	Count	91	1	9	101	
	Expected Count	91,0	1,0	9,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,505 <sup>a</sup>	4	,973	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,905	4	,924	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	3,134			1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,065 <sup>c</sup>	1	,799	,943 <sup>b</sup>	,937	,949	,554 <sup>b</sup>	,541	,567
N of Valid Cases	101								

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c. The standardized statistic is -,255.

Depressão\_intervalos \* hab\_tabágicos Crosstabulation

			hab_tabágicos		Total
			sim	não	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	18	60	78
		Expected Count	20,1	57,9	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	8	13	21
		Expected Count	5,4	15,6	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	2	2
		Expected Count	,5	1,5	2,0
Total	Count	26	75	101	
	Expected Count	26,0	75,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,660 <sup>a</sup>	2	,265	,272 <sup>b</sup>	,261	,284			
Likelihood Ratio	3,028	2	,220	,245 <sup>b</sup>	,233	,256			
Fisher's Exact Test	2,316			,268 <sup>b</sup>	,256	,279			
Linear-by-Linear Association	,556 <sup>c</sup>	1	,456	,483 <sup>b</sup>	,470	,495	,304 <sup>b</sup>	,292	,316
N of Valid Cases	101								

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,51.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1507486128.

c. The standardized statistic is -,745.

Depressão\_intervalos \* hab\_álcool Crosstabulation

			hab_álcool		Total
			sim	não	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	6	72	78
		Expected Count	5,4	72,6	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	1	20	21
		Expected Count	1,5	19,5	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	2	2
		Expected Count	,1	1,9	2,0
Total	Count	7	94	101	
	Expected Count	7,0	94,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,372 <sup>a</sup>	2	,830	1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,526	2	,769	,745 <sup>b</sup>	,733	,756			
Fisher's Exact Test	,646			1,000 <sup>b</sup>	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,361 <sup>c</sup>	1	,548	,715 <sup>b</sup>	,703	,726	,468 <sup>b</sup>	,455	,481
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

c. The standardized statistic is ,601.

Depressão\_intervalos \* dça\_cronica Crosstabulation

			dça_cronica		Total
			sim	não	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	9	69	78
		Expected Count	10,8	67,2	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	5	16	21
		Expected Count	2,9	18,1	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	2	2
		Expected Count	,3	1,7	2,0
Total	Count	14	87	101	
	Expected Count	14,0	87,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,415 <sup>a</sup>	2	,299	,325 <sup>b</sup>	,313	,337	,257 <sup>b</sup>	,246	,268
Likelihood Ratio	2,450	2	,294	,313 <sup>b</sup>	,301	,325			
Fisher's Exact Test	2,348			,388 <sup>b</sup>	,376	,401			
Linear-by-Linear Association	,856 <sup>c</sup>	1	,355	,373 <sup>b</sup>	,361	,386			
N of Valid Cases	101								

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1122541128.

c. The standardized statistic is -,925.



Depressão\_intervalos \* sente\_acordar Crosstabulation

			sente_acordar		Total
			cansado/a	enérgico/a	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	44	34	78
		Expected Count	47,9	30,1	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	17	4	21
		Expected Count	12,9	8,1	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	1,2	,8	2,0
Total	Count	62	39	101	
	Expected Count	62,0	39,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,316 <sup>a</sup>	2	,116	,098 <sup>b</sup>	,090	,106			
Likelihood Ratio	4,664	2	,097	,139 <sup>b</sup>	,130	,148			
Fisher's Exact Test	4,610			,069 <sup>b</sup>	,063	,076			
Linear-by-Linear Association	2,444 <sup>c</sup>	1	,118	,136 <sup>b</sup>	,127	,145	,086 <sup>b</sup>	,079	,094
N of Valid Cases	101								

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,77.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2110151063.

c. The standardized statistic is -1,563.

Depressão\_intervalos \* acon\_vida\_neg Crosstabulation

			acon_vida_neg		Total
			sim	não	
Depressão_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	21	57	78
		Expected Count	27,0	51,0	78,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	13	8	21
		Expected Count	7,3	13,7	21,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	,7	1,3	2,0
Total	Count	35	66	101	
	Expected Count	35,0	66,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,153 <sup>a</sup>	2	,010	,006 <sup>b</sup>	,004	,007	,005 <sup>b</sup>	,003	,007
Likelihood Ratio	8,794	2	,012	,010 <sup>b</sup>	,007	,012			
Fisher's Exact Test	9,063			,005 <sup>b</sup>	,003	,006			
Linear-by-Linear Association	7,696 <sup>c</sup>	1	,006	,006 <sup>b</sup>	,004	,008			
N of Valid Cases	101								

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,69.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c. The standardized statistic is -2,774.

### Correlations

			DEPRESSAO	acon_vida_neg
Spearman's rho	DEPRESSAO	Correlation Coefficient	1,000	-,367**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	101	101
	acon_vida_neg	Correlation Coefficient	-,367**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	101	101

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Outputs exploração de associações da sub-escala stress às variáveis sócio-demográficas

#### stress\_intervalos \* idade\_categorias Crosstabulation

			idade_categorias					Total
			21-26	27-32	33-38	39-44	>=45	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	17	27	9	3	4	60
		Expected Count	16,0	27,3	10,1	3,0	3,6	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	10	13	7	2	1	33
		Expected Count	8,8	15,0	5,6	1,6	2,0	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	0	5	1	0	0	6
		Expected Count	1,6	2,7	1,0	,3	,4	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	0	1	0	0	1	2
		Expected Count	,5	,9	,3	,1	,1	2,0
	Total	Count	27	46	17	5	6	101
		Expected Count	27,0	46,0	17,0	5,0	6,0	101,0

#### Chi-Square Test

s

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,248 <sup>a</sup>	12	,351	,361 <sup>b</sup>	,349	,373	,239 <sup>b</sup>	,228	,250
Likelihood Ratio	12,141	12	,434	,457 <sup>b</sup>	,444	,469			
Fisher's Exact Test	10,281			,581 <sup>b</sup>	,568	,593			
Linear-by-Linear Association	,618 <sup>c</sup>	1	,432	,471 <sup>b</sup>	,458	,484			
N of Valid Cases	101								

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c. The standardized statistic is ,786.

**stress\_intervalos \* sexo Crosstabulation**

			sexo		Total
			feminino	masculino	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	47	13	60
		Expected Count	49,3	10,7	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	29	4	33
		Expected Count	27,1	5,9	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	5	1	6
		Expected Count	4,9	1,1	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Total	Count	83	18	101
		Expected Count	83,0	18,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,777 <sup>a</sup>	3	,620	,686 <sup>b</sup>	,674	,698			
Likelihood Ratio	2,172	3	,538	,635 <sup>b</sup>	,623	,647			
Fisher's Exact Test	1,552			,752 <sup>b</sup>	,741	,763			
Linear-by-Linear Association	1,310 <sup>c</sup>	1	,252	,278 <sup>b</sup>	,267	,290	,171 <sup>b</sup>	,161	,181
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 795555105.

c. The standardized statistic is -1,145.

### Stress\_intervalos \* estado\_civil Crosstabulation

			estado_civil				Total
			solteiro	casado	divorciado	união de facto	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	29	22	2	7	60
		Expected Count	30,9	20,2	2,4	6,5	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	19	9	2	3	33
		Expected Count	17,0	11,1	1,3	3,6	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	4	1	0	1	6
		Expected Count	3,1	2,0	,2	,7	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	0	2	0	0	2
		Expected Count	1,0	,7	,1	,2	2,0
	Total	Count	52	34	4	11	101
		Expected Count	52,0	34,0	4,0	11,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,619 <sup>a</sup>	9	,677	,648 <sup>b</sup>	,636	,661	,435 <sup>b</sup>	,422	,448
Likelihood Ratio	7,314	9	,604	,650 <sup>b</sup>	,638	,662			
Fisher's Exact Test	7,117			,648 <sup>b</sup>	,635	,660			
Linear-by-Linear Association	,078 <sup>c</sup>	1	,780	,823 <sup>b</sup>	,813	,833			
N of Valid Cases	101								

a. 11 cells (68,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c. The standardized statistic is -,280.

### stress\_intervalos \* n\_filhos\_nominal Crosstabulation

			n_filhos_nominal		Total
			Sem Filhos	Com Filhos	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	42	18	60
		Expected Count	44,6	15,4	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	27	6	33
		Expected Count	24,5	8,5	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	5	1	6
		Expected Count	4,5	1,5	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
	Total	Count	75	26	101
		Expected Count	75,0	26,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,430 <sup>a</sup>	3	,488	,515 <sup>b</sup>	,502	,528	,305 <sup>b</sup>	,293	,317
Likelihood Ratio	2,434	3	,487	,546 <sup>b</sup>	,533	,559			
Fisher's Exact Test	2,668			,412 <sup>b</sup>	,400	,425			
Linear-by-Linear Association	,477 <sup>c</sup>	1	,490	,523 <sup>b</sup>	,510	,536			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,51.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 805840992.

c. The standardized statistic is -,690.

### stress\_intervalos \* sector Crosstabulation

			sector			Total
			privado	público	3	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	19	33	8	60
		Expected Count	14,9	37,4	7,7	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	3	26	4	33
		Expected Count	8,2	20,6	4,2	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	3	2	1	6
		Expected Count	1,5	3,7	,8	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	0	2	0	2
		Expected Count	,5	1,2	,3	2,0
	Total	Count	25	63	13	101
		Expected Count	25,0	63,0	13,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,032 <sup>a</sup>	6	,123	,118 <sup>b</sup>	,109	,126	,272 <sup>b</sup>	,261	,283
Likelihood Ratio	11,391	6	,077	,082 <sup>b</sup>	,075	,089			
Fisher's Exact Test	10,292			,067 <sup>b</sup>	,061	,074			
Linear-by-Linear Association	,520 <sup>c</sup>	1	,471	,480 <sup>b</sup>	,467	,493			
N of Valid Cases	101								

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1532573741.

c. The standardized statistic is ,721.

### stress\_intervalos \* intervalos\_exer\_turnos Crosstabulation

			intervalos_exer_turnos				Total
			1-5	6-10	11-15	>=16	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	29	16	11	4	60
		Expected Count	27,3	17,8	8,9	5,9	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	14	10	4	5	33
		Expected Count	15,0	9,8	4,9	3,3	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	2	4	0	0	6
		Expected Count	2,7	1,8	,9	,6	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	1	0	0	1	2
		Expected Count	,9	,6	,3	,2	2,0
	Total	Count	46	30	15	10	101
		Expected Count	46,0	30,0	15,0	10,0	101,0



### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,161 <sup>a</sup>	9	,265	,237 <sup>b</sup>	,226	,248	,282 <sup>b</sup>	,271	,294 <sup>b</sup>
Likelihood Ratio	11,153	9	,265	,300 <sup>b</sup>	,288	,312			
Fisher's Exact Test	8,790			,369 <sup>b</sup>	,356	,381			
Linear-by-Linear Association	,422 <sup>c</sup>	1	,516	,529 <sup>b</sup>	,516	,542			
N of Valid Cases	101								

a. 10 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 762367465.

c. The standardized statistic is ,650.

### stress\_intervalos \* Serviço Crosstabulation

			Serviço							Total
			pediatria	UCIN	Urgência	Medicina	Cirurgia	Bloco de Partos	Acumulam dois serviços	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	18	5	10	15	0	6	6	60
		Expected Count	22,0	7,7	6,5	11,9	1,2	5,3	5,3	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	14	8	1	3	2	2	3	33
		Expected Count	12,1	4,2	3,6	6,5	,7	2,9	2,9	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	3	0	0	2	0	1	0	6
		Expected Count	2,2	,8	,7	1,2	,1	,5	,5	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	2	0	0	0	0	0	0	2
		Expected Count	,7	,3	,2	,4	,0	,2	,2	2,0
	Total	Count	37	13	11	20	2	9	9	101
		Expected Count	37,0	13,0	11,0	20,0	2,0	9,0	9,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	22,954 <sup>a</sup>	18	,192	,187 <sup>b</sup>	,177	,197	,040 <sup>b</sup>	,035	,045
Likelihood Ratio	26,011	18	,100	,063 <sup>b</sup>	,057	,069			
Fisher's Exact Test	22,442			,113 <sup>b</sup>	,105	,121			
Linear-by-Linear Association	3,065 <sup>c</sup>	1	,080	,082 <sup>b</sup>	,075	,089			
N of Valid Cases	101								

a. 20 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1503498996.

c. The standardized statistic is -1,751.

### stress\_intervalos \* intervalos\_carga\_sem Crosstabulation

			intervalos_carga_sem			Total
			35-42	43-63	>64	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	34	13	13	60
		Expected Count	38,0	12,5	9,5	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	26	4	3	33
		Expected Count	20,9	6,9	5,2	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	2	4	0	6
		Expected Count	3,8	1,2	1,0	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	2	0	0	2
		Expected Count	1,3	,4	,3	2,0
	Total	Count	64	21	16	101
		Expected Count	64,0	21,0	16,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,147 <sup>a</sup>	6	,028	,031 <sup>b</sup>	,027	,036	,056 <sup>b</sup>	,050	,062
Likelihood Ratio	13,868	6	,031	,029 <sup>b</sup>	,024	,033			
Fisher's Exact Test	10,980			,043 <sup>b</sup>	,038	,048			
Linear-by-Linear Association	2,726 <sup>c</sup>	1	,099	,112 <sup>b</sup>	,104	,120			
N of Valid Cases	101								

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1905543110.

c. The standardized statistic is -1,651.

### Correlations

			STRESS	intervalos_carga_ sem
Spearman's rho	STRESS	Correlation Coefficient	1,000	-,259**
		Sig. (2-tailed)	.	,009
		N	101	101
	intervalos_carga_sem	Correlation Coefficient	-,259**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,009	.
		N	101	101

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

stress\_intervalos \* gosto Crosstabulation

			gosto		Total
			sim	não	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	46	14	60
		Expected Count	44,0	16,0	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	24	9	33
		Expected Count	24,2	8,8	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	4	2	6
		Expected Count	4,4	1,6	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	0	2	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
	Total	Count	74	27	101
		Expected Count	74,0	27,0	101,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,974 <sup>a</sup>	3	,113	,130 <sup>b</sup>	,122	,139	,064 <sup>b</sup>	,058	,071
Likelihood Ratio	5,774	3	,123	,169 <sup>b</sup>	,159	,179			
Fisher's Exact Test	5,044			,160 <sup>b</sup>	,150	,169			
Linear-by-Linear Association	2,956 <sup>c</sup>	1	,086	,109 <sup>b</sup>	,101	,117			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,53.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 946042643.

c. The standardized statistic is 1,719.

stress\_intervalos \* Vínculo\_trabalho Crosstabulation

			Vínculo_trabalho			Total
			CIT	Prestação de serviços	Ambos	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	53	1	6	60
		Expected Count	54,1	,6	5,3	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	31	0	2	33
		Expected Count	29,7	,3	2,9	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	5	0	1	6
		Expected Count	5,4	,1	,5	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	2	0	0	2
		Expected Count	1,8	,0	,2	2,0
	Total	Count	91	1	9	101
		Expected Count	91,0	1,0	9,0	101,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,774 <sup>a</sup>	6	,939	,873 <sup>b</sup>	,865	,882			
Likelihood Ratio	2,262	6	,894	,949 <sup>b</sup>	,944	,955			
Fisher's Exact Test	5,684			,756 <sup>b</sup>	,745	,767			
Linear-by-Linear Association	,154 <sup>c</sup>	1	,694	,752 <sup>b</sup>	,740	,763	,439 <sup>b</sup>	,426	,452
N of Valid Cases	101								

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 134453947.

c. The standardized statistic is -,393.

stress\_intervalos \* hab\_tabágicos Crosstabulation

			hab_tabágicos		Total
			sim	não	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	12	48	60
		Expected Count	15,4	44,6	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	11	22	33
		Expected Count	8,5	24,5	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	3	3	6
		Expected Count	1,5	4,5	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	0	2	2
		Expected Count	,5	1,5	2,0
Total	Count	26	75	101	
	Expected Count	26,0	75,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,570 <sup>a</sup>	3	,206	,194 <sup>b</sup>	,184	,204			
Likelihood Ratio	4,834	3	,184	,273 <sup>b</sup>	,261	,284			
Fisher's Exact Test	4,307			,189 <sup>b</sup>	,179	,199			
Linear-by-Linear Association	1,576 <sup>c</sup>	1	,209	,259 <sup>b</sup>	,248	,270	,139 <sup>b</sup>	,130	,148
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,51.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1540442866.

c. The standardized statistic is -1,255.

stress\_intervalos \* hab\_álcool Crosstabulation

			hab_álcool		Total
			sim	não	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	6	54	60
		Expected Count	4,2	55,8	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	0	33	33
		Expected Count	2,3	30,7	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	1	5	6
		Expected Count	,4	5,6	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	0	2	2
		Expected Count	,1	1,9	2,0
Total	Count	7	94	101	
	Expected Count	7,0	94,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,364 <sup>a</sup>	3	,225	,256 <sup>b</sup>	,245	,267	,310 <sup>b</sup>	,298	,322
Likelihood Ratio	6,455	3	,091	,086 <sup>b</sup>	,079	,093			
Fisher's Exact Test	5,344			,137 <sup>b</sup>	,128	,145			
Linear-by-Linear Association	,734 <sup>c</sup>	1	,392	,453 <sup>b</sup>	,440	,466			
N of Valid Cases	101								

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1546839810.

c. The standardized statistic is ,857.

stress\_intervalos \* dça\_cronica Crosstabulation

			dça_cronica		Total
			sim	não	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	6	54	60
		Expected Count	8,3	51,7	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	5	28	33
		Expected Count	4,6	28,4	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	2	4	6
		Expected Count	,8	5,2	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	,3	1,7	2,0
Total	Count	14	87	101	
	Expected Count	14,0	87,0	101,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,888 <sup>a</sup>	3	,180	,145 <sup>b</sup>	,136	,154	,039 <sup>b</sup>	,034	,044
Likelihood Ratio	3,800	3	,284	,288 <sup>b</sup>	,277	,300			
Fisher's Exact Test	5,340			,115 <sup>b</sup>	,107	,123			
Linear-by-Linear Association	4,094 <sup>c</sup>	1	,043	,058 <sup>b</sup>	,052	,064			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 705346993.

c. The standardized statistic is -2,023.



stress\_intervalos \* sente\_acordar Crosstabulation

			sente_acordar		Total
			cansado/a	enérgico/a	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	29	31	60
		Expected Count	36,8	23,2	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	26	7	33
		Expected Count	20,3	12,7	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	6	0	6
		Expected Count	3,7	2,3	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	1	1	2
		Expected Count	1,2	,8	2,0
	Total	Count	62	39	101
		Expected Count	62,0	39,0	101,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,412 <sup>a</sup>	3	,006	,003 <sup>b</sup>	,002	,005	,002 <sup>b</sup>	,001	,004
Likelihood Ratio	14,743	3	,002	,003 <sup>b</sup>	,001	,004			
Fisher's Exact Test	12,578			,003 <sup>b</sup>	,002	,005			
Linear-by-Linear Association	7,969 <sup>c</sup>	1	,005	,005 <sup>b</sup>	,003	,007			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,77.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1083603619.

c. The standardized statistic is -2,823.

**Correlations**

			STRESS	sente_acordar
Spearman's rho	STRESS	Correlation Coefficient	1,000	-,352**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	101	101
	sente_acordar	Correlation Coefficient	-,352**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	101	101

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**stress\_intervalos \* acon\_vida\_neg Crosstabulation**

			acon_vida_neg		Total
			sim	não	
stress_intervalos	não se aplicou nada a mim	Count	13	47	60
		Expected Count	20,8	39,2	60,0
	aplicou-se a mim algumas vezes	Count	16	17	33
		Expected Count	11,4	21,6	33,0
	aplicou-se a mim de muitas vezes	Count	4	2	6
		Expected Count	2,1	3,9	6,0
	aplicou-se a mim a maior parte das vezes	Count	2	0	2
		Expected Count	,7	1,3	2,0
	Total	Count	35	66	101
		Expected Count	35,0	66,0	101,0

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,744 <sup>a</sup>	3	,003	,002 <sup>b</sup>	,001	,003	,000 <sup>b</sup>	,000	,001
Likelihood Ratio	14,271	3	,003	,003 <sup>b</sup>	,002	,005			
Fisher's Exact Test	13,136			,002 <sup>b</sup>	,001	,003			
Linear-by-Linear Association	13,490 <sup>c</sup>	1	,000	,000 <sup>b</sup>	,000	,001			
N of Valid Cases	101								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,69.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1919163461.

c. The standardized statistic is -3,673.

### Correlations

			STRESS	acon_vida_neg
Spearman's rho	STRESS	Correlation Coefficient	1,000	-,369**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	101	101
	acon_vida_neg	Correlation Coefficient	-,369**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	101	101

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).